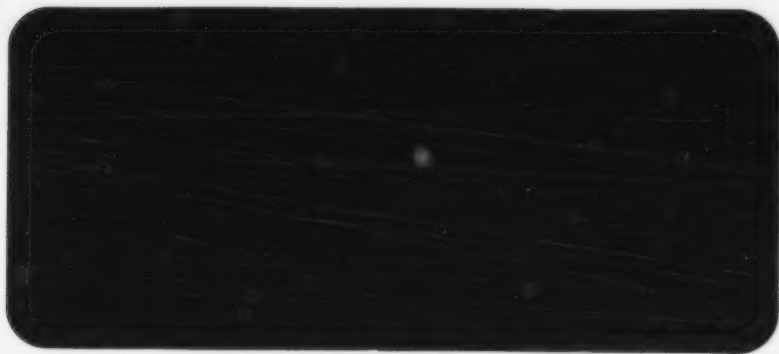




RAPPORT DE GESTION

2008-2009

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION
2008-2009

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des
services sociaux de la Côte-Nord

Note

Dans ce texte, le masculin est pris dans
son sens générique et désigne aussi bien
les femmes que les hommes

Coordination

Sandra Morin, adjointe au président-directeur général
Pascal Paradis, conseiller en communication

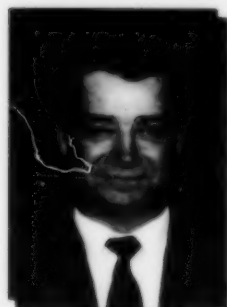
Mise en page

Karine Poirier, agente administrative

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2009

Dépôt légal - 4^e trimestre 2009
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque de l'Assemblée nationale
ISBN 978-2-89003-212-5

Mot du président du conseil d'administration



Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir que, au nom du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence), nous vous déposons notre rapport de gestion pour l'année 2008-2009.

Ce rapport témoigne de la réalisation des engagements convenus à la suite de l'entente de gestion signée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Encore cette année, nous pouvons être fiers des résultats que nous vous présentons. Pour plusieurs aspects, l'offre de service régionale s'est améliorée. Toutefois, pour d'autres, nous constatons qu'un défi se présente particulièrement à notre région en matière de pénurie de personnel dans différentes disciplines. En ce sens, nous fondons beaucoup d'espoir à l'égard des retombées positives attendues du Plan régional de main-d'œuvre adopté par le conseil d'administration.

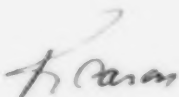
En 2008-2009, l'Agence a reçu de nouveaux crédits de développement de l'ordre de 1 977 487 \$. Ces montants nous ont permis de mettre en place différentes mesures liées à notre plan d'action sur les aînés, particulièrement pour les personnes âgées en perte d'autonomie en raison d'une maladie chronique. D'autres investissements ont aussi été consacrés pour soutenir la prévention et les interventions au regard de certaines clientèles particulières comme les jeunes en difficulté, les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale ou encore celles avec un trouble envahissant du développement pour ne citer que celles-là. Un soutien financier a aussi été apporté à plusieurs organismes communautaires qui demeurent pour nous des partenaires essentiels dans la réalisation de notre mission sociale.

La gestion du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux représente un défi de taille, car la Côte-Nord est l'une des plus petites populations de la province répartie sur le plus grand territoire géographique. Ainsi, ce rapport, bien qu'éloquent par les réalisations qu'il affiche, ne rend pas fidèlement justice aux bénévoles, médecins, professionnels et gestionnaires des établissements et de l'Agence qui se dévouent et investissent le meilleur d'eux-mêmes pour faire en sorte de soigner et soutenir les personnes malades et vulnérables permettant ainsi d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Nous profitons de ce rapport pour les remercier pour leur engagement.

À cette enseigne, nous tenons à souligner la contribution de la présidente-directrice générale, madame Nicole Demers, qui a assuré les destinées de l'Agence de la Côte-Nord au cours des sept dernières années et qui prendra sa retraite en juillet. Nous voulons rendre hommage à cette femme déterminée qui a su défendre les intérêts de notre région auprès du MSSS. Citons, notamment, le rôle prépondérant qu'elle a joué à la présidence du comité sur les disparités régionales qui a influencé la mise en place de la nouvelle méthodologie de répartition budgétaire assurant ainsi une meilleure équité entre les régions et particulièrement à l'endroit des régions périphériques. Mentionnons également que madame Demers est l'artisane du nouveau modèle d'organisation des services qui a donné lieu à la création des sept réseaux locaux de services en complémentarité avec le CLSC Naskapi et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN). Nous lui rendons hommage pour toute sa carrière au sein de l'Agence de la Côte-Nord et lui adressons nos vœux de santé et de bonheur pour sa nouvelle vie.

Le contexte économique de cette fin d'année nous laisse entrevoir qu'il sera nécessaire de se solidariser si nous voulons être en mesure de faire face aux défis qui nous attendent. Nous pouvons vous assurer des meilleures dispositions des membres du conseil d'administration ainsi que de l'équipe de gestion et du personnel de l'Agence pour tout mettre en œuvre afin que la population de la Côte-Nord continue de recevoir des services de santé et des services sociaux de qualité.

Le président du conseil d'administration,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Caron'.

Réginald Caron

Rapport de la présidente-directrice générale



Avec ce rapport annuel de gestion 2008-2009 de l'Agence, se termine mon engagement de sept années au service de la population de la Côte-Nord, à titre de présidente-directrice générale de cette organisation. À l'aube de la retraite, je me permets d'enrichir ce bilan annuel d'un bref regard sur l'évolution des services depuis 2002.

Les difficultés d'accès aux services médicaux sont connues de tout temps par la population nord-côtière. En 2002-2003, la perspective d'une diminution marquée du nombre de finissants en médecine pour plusieurs années mettait en péril l'offre de service pour une période indéterminée. Des médecins et gestionnaires de la région se joignaient dès lors à l'Agence pour réclamer une meilleure répartition des médecins au Québec, de concert avec d'autres représentants des régions éloignées. Une gestion serrée et solidaire des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), de la part du MSSS et des agences, a permis d'éviter la catastrophe appréhendée dans les régions éloignées.

Parallèlement aux travaux reliés aux PREM, l'Agence et les établissements ont consenti beaucoup d'énergie à la mise en place de moyens concrets pour soutenir la pratique médicale. La création de groupes de médecine de famille (GMF) et le projet « perte d'autonomie liée au vieillissement - maladies chroniques » ont pour but de maximiser le temps de qualité pour les médecins auprès de leurs patients. La présence d'un intervenant pivot auprès des personnes qui présentent des maladies chroniques, l'enseignement et le suivi des patients par des professionnels autres que le médecin, la délégation d'actes, de nombreuses activités de promotion de saines habitudes de vie et de prévention comptent parmi ces moyens. La création d'une unité de médecine familiale (UMF) à Baie-Comeau et des activités de promotion de la pratique en région ont également contribué à maintenir un minimum d'effectifs.

En ce qui a trait aux services de santé autres que médicaux et aux services sociaux, la Côte-Nord souffrait, en 2002-2003, d'un sous-financement consécutif à une mauvaise évaluation de ses coûts de production de services. Une participation active à l'élaboration d'une méthode d'allocation des ressources prenant en compte les particularités des régions éloignées a permis de faire profiter la population nord-côtière d'investissements importants pendant les dernières années.

Avec 2008-2009, on s'approche de la fin du projet ministériel de planification stratégique 2005-2010. Le rehaussement des volumes d'activité prévus au plan provincial et traduits dans les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements nord-côtiers a généré une amélioration de l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans tous les territoires locaux de la Côte-Nord. La reddition de comptes des quatre dernières années témoigne que les investissements consentis à la Côte-Nord ont permis un rattrapage quant au volume de services offerts à la population, et dans bien des cas, les cibles 2010 sont déjà atteintes.

On peut constater que tous les secteurs d'activité ont connu un accroissement quant au nombre de personnes desservies et à l'intensité des services. Les progrès ont été remarquables en ce qui a trait au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie due au vieillissement de même que dans la mobilisation des communautés pour offrir de l'hébergement aux aînés. À ce titre, l'Agence a soutenu plusieurs initiatives locales, soit par une expertise conseil, un financement d'appoint ou le soutien de la Corporation régionale de logements (Corélo).

La Côte-Nord présentait au début de la présente décennie le plus haut taux de signalements et les plus longues listes d'attente en protection de la jeunesse. La démonstration de l'importance des facteurs de risque associés à un signalement parmi la population et celle du sous-financement des services à la jeunesse ont permis des investissements majeurs. Ainsi, les jeunes en difficulté et leur famille ont désormais accès à une meilleure gamme de services pour répondre à leurs besoins : services psychosociaux de première ligne, soutien aux jeunes familles, intervention de crise et autres. La protection de la jeunesse présente une réduction constante des listes d'attente.

Déjà en 2002-2003, les personnes présentant une déficience physique ou une déficience intellectuelle et leur famille disposaient d'une excellente offre de service de soutien à domicile. Tout en maintenant cet aspect, de nouveaux services ont été créés pour les personnes atteintes d'une déficience. Ainsi, on a développé l'expertise des professionnels et des services aux jeunes atteints d'un trouble envahissant du développement.

En attente de la construction d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) à Sept-Îles et à Baie-Comeau, des services de ce type sont offerts en milieu hospitalier, fruit d'une collaboration entre les deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le CPRCN. De nouveaux services sont également accessibles en région pour les personnes présentant une déficience visuelle ou auditive.

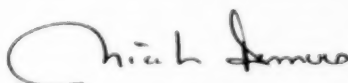
Enfin, malgré des fluctuations au plan des effectifs en chirurgie et en orthopédie, ces quatre dernières années, l'accès à une opération de la hanche, du genou ou pour des cataractes a été grandement rehaussé, et l'attente réduite au minimum, tout en maintenant les volumes pour d'autres chirurgies.

La reddition de comptes liée aux ententes de gestion nous permet de prendre la mesure des améliorations apportées à l'offre de service en Côte-Nord, ces dernières années. Elle témoigne également des difficultés rencontrées au chapitre du recrutement et de la rétention des ressources humaines puisque la plupart des résultats négatifs sont dus à la pénurie de professionnels.

C'est au plan de la disponibilité des ressources humaines que le réseau nord-côtier atteint ses plus grands défis en 2009. Deux symptômes de ce problème, l'utilisation de main-d'œuvre indépendante et l'absentéisme au travail sont difficiles à endiguer. Des efforts constants des établissements et une planification régionale de la main-d'œuvre sont appliqués. Toutefois, il apparaît que certaines mesures spéciales seront nécessaires au plan ministériel pour favoriser une meilleure répartition des effectifs à travers toutes les régions, dont la nôtre.

Ce survol des développements des sept dernières années permet de prendre la mesure des efforts consentis par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux pour offrir à la population des services toujours mieux adaptés à leurs besoins. Je veux témoigner spécialement de la grande qualité du travail effectué par le personnel de l'Agence et de l'engagement dont chacun et chacune fait preuve. Ce travail, souvent réalisé dans l'ombre, est essentiel à la disponibilité et à la qualité des services. Ce fut un privilège pour moi de diriger cette équipe et de construire avec ces femmes et ces hommes exceptionnels.

La présidente-directrice générale,



Nicole Demers

Déclaration par la présidente-directrice générale

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

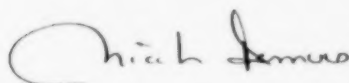
Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2008-2009 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2008-2009.

Signé à Baie-Comeau le 29 juin 2009



Nom : Nicole Demers

Titre : Présidente-directrice générale



Table des matières

CHAPITRE I - Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

La région	3
La mission	3
Le conseil d'administration	4
Le code d'éthique et de déontologie	4
Le Forum de la population	5
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	5
La Commission infirmière régionale	6
La Commission multidisciplinaire régionale	7
Le Département régional de médecine générale	8
Le comité régional sur les services pharmaceutiques	9
Le comité de gestion du réseau - Côte-Nord	9
La structure de l'Agence	10
Les établissements	11
Les communautés autochtones	13
Les organismes communautaires	14
Les ressources intermédiaires et de type familial	17
Les ressources humaines	17
Les ressources et la sécurité des actifs informationnels	19
La sécurité civile - mission santé	20
Les communications	20

CHAPITRE II - Les services à la population

LES SERVICES GÉNÉRAUX	27
1. Ligne Info-Santé/Info-Social	27
1.1 Info-Santé	27
1.2 Info-Social	27
2. Services infirmiers et psychosociaux généraux	28
3. Effectifs médicaux	28
4. Services offerts aux femmes en violence conjugale et en agression sexuelle	30
4.1 Violence conjugale	30
4.2 Agression sexuelle	30
LA SANTÉ PHYSIQUE	31
1. Services d'urgence	31
2. Soins palliatifs	32
2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie	33
2.2 Lutte contre le cancer	33
2.3 Dépistage du cancer du sein	34
3. Chirurgie	35
4. Accès aux services spécialisés	36
5. Groupe de médecine de famille	37
6. Services préhospitaliers d'urgence	37
7. Dossier de santé du Québec	39
LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	41
1. Services dans la communauté	41
2. Services en CHSLD	42
3. Faits saillants	42
3.1 Amélioration des services en CHSLD	42
3.2 Plan d'action régional	43

3.3	Ressources d'hébergement non institutionnelles	44
3.4	Résidences privées pour personnes âgées	44
3.5	Logement social	44
3.6	Système régional d'admission	45
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE		46
1.	Soutien à domicile	46
2.	Services spécialisés	47
3.	Services de première ligne - personnes handicapées	48
4.	Faits saillants	48
4.1	Intensification des services spécialisés en déficience physique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive	48
4.2	Services d'audiologie pour l'est de la région et déficience auditive	49
4.3	Développement de places d'hébergement	49
4.4	Services en déficience visuelle	49
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS		
DU DÉVELOPPEMENT		50
1.	Soutien à domicile - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement	50
2.	Services spécialisés - trouble envahissant du développement	51
3.	Accès aux services - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement	52
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ		53
1.	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté	53
2.	Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté	54
3.	Service d'intervention en situation de crise - jeunes en difficulté et leur famille	55
4.	Services de santé mentale en centre jeunesse - jeunes en difficulté et leur famille	55
5.	Faits saillants	55
5.1	Travailleur de rue	55
5.2	Maisons de jeunes	55
LES DÉPENDANCES		56
1.	Services de première ligne - toxicomanies	56
2.	Jeu pathologique	56
LA SANTÉ MENTALE		57
1.	Services de première ligne	57
2.	Services de deuxième ligne	57
3.	Services de crise et d'intégration dans la communauté	58
4.	Services d'urgence	58
5.	Faits saillants	59
5.1	Accès aux services de première ligne	59
5.2	Création d'un comité de travail régional santé mentale et suicide	59
5.3	Création d'un comité de travail pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	59
5.4	Formation P-38	59
LA SANTÉ PUBLIQUE		60
1.	Prévention et promotion de la santé	60
1.1	Saines habitudes de vie (0-5-30)	60
1.2	Périnatalité	63
1.3	Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire « École en santé »	65
1.4	Santé dentaire	66
1.5	Traumatismes non intentionnels	66
2.	Développement social et développement des communautés	67
3.	Santé environnementale	68
4.	Santé au travail	69
5.	Maladies infectieuses	70
5.1	Maladies à déclaration obligatoire et autres signalements	70
5.2	Infections transmissibles sexuellement et par le sang	71
5.3	Vaccination	72
5.4	Prévention et contrôle - infections nosocomiales	73
6.	Surveillance et évaluation	74

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE

LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE	75
1. Personnel du réseau et du Ministère	75
2. Mesures de contrôle	76
3. Qualité des services et traitement des plaintes	76
3.1 Qualité des services	76
3.2 Traitement des plaintes	78
4. Adaptation des services selon le sexe	78
4.1 Condition de vie des femmes	78
4.2 Condition de vie des hommes	79
5. Accès aux services en langue anglaise	79

CHAPITRE III - Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	83
1. Équilibre budgétaire	83
2. Fonds régionaux	84
2.1 Immobilisations	84
2.2 Équipements	85
2.3 Location d'espace	87
2.4 Autorisations d'emprunts	88
LE RAPPORT DE LA DIRECTION	89
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS	90
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE	91
1. Résultats	91
2. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2009	104

ANNEXES

- A - Code d'éthique et de déontologie
- B - Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009
- C - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2008

FIGURE

1 - Schéma organisationnel 2008-2009	11
--------------------------------------------	----

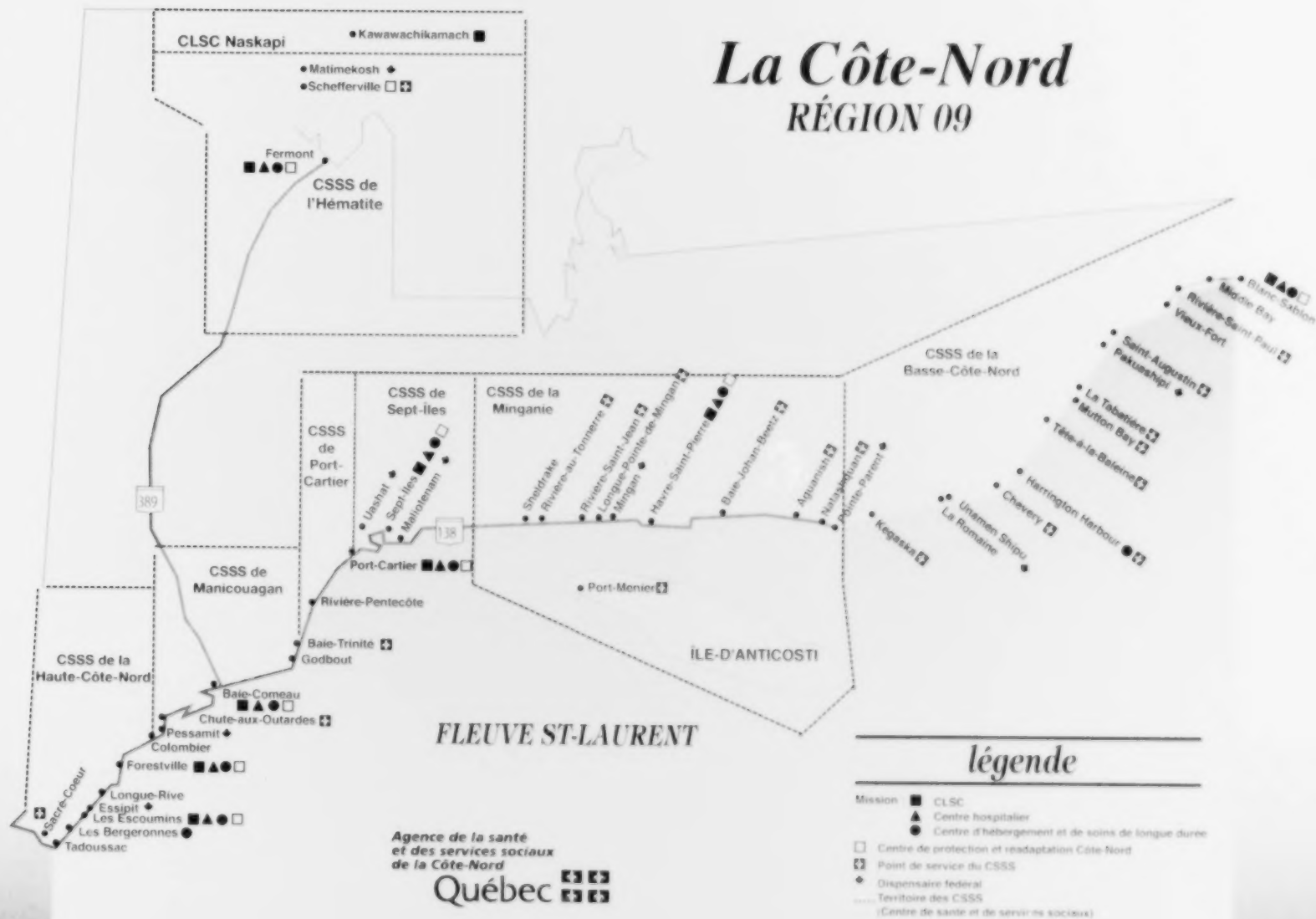
Liste des acronymes et des abréviations

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
ARSE	Association régionale du sport étudiant de la Côte-Nord
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CDD	Centre de dépistage désigné
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
EVAQ	Évacuations aéromédicales du Québec
Forum	Forum de la population
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Intégration CLSC
ICI	Intervention comportementale intensive
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA-SA	Ministère de la Famille et des Aînés - Secrétariat aux aînés
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS	Système d'archivage numérique des services de radiologie
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PCI	Prévention et contrôle des infections
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Reanimation cardiorespiratoire
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments

SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
SIPPS	Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé
SISSS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
S/O	Sans objet
SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
SST	Santé et sécurité au travail
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	Traumatisme crânio-cérébral
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
UMF	Unité de médecine familiale
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VPH	Virus du papillome humain

La Côte-Nord

RÉGION 09







CHAPITRE I

**PRÉSENTATION DE L'AGENCE
ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN
AU RÉSEAU NORD-CÔTIER**

La région

Selon les plus récentes projections de population diffusées par l'Institut de la statistique du Québec, la Côte-Nord compte 95 653 habitants au 1^{er} juillet 2008. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent 48 336 personnes au 1^{er} juillet 2008, soit la moitié de la population (50,5 %). Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km². La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données du recensement de 2006, la région compte quelque 12 175 autochtones, soit environ 12,7 % de la population régionale. Toutefois, on estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

La population de la Côte-Nord est aussi un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. Les statistiques de 2008 révèlent que 29 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 28,6 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 12,8 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour environ 14,6 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 62 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

La mission

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

Le conseil d'administration

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2009.

▪ Berthelot, Marlène	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
▪ Bossé, Isabelle	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
▪ Caron, Réginald (président)	Organismes socioéconomiques	Baie-Comeau
▪ Dubé, Roger	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
▪ Foster, Céline (vice-présidente)	Comité des usagers des établissements	Forestville
▪ Landry, Jacques	Organismes socioéconomiques	Natashquan
▪ Mousseau, Robert	Membre coopté	Fermont
▪ Ouellet, Alain	Organismes du secteur public de l'enseignement	Baie-Comeau
▪ Picard-Kanapé, Marcelline	Communautés autochtones	Betsiamites
▪ Pinel, Pierre	Autres établissements - CPRCN	Baie-Comeau
▪ Tremblay, Clermont	Centres de santé et de services sociaux	Port-Cartier
▪ Tremblay, Guillaume	Milieu syndical	Baie-Comeau
▪ Verret, Stéphane	Commission multidisciplinaire régionale	Sept-Îles
▪ Demers, Nicole	Présidente-directrice générale	Baie-Comeau

Au total, neuf rencontres ont été tenues entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009, dont quatre par conférence téléphonique.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2009.

- Mousseau, Robert
- Pinel, Pierre
- Tremblay, Clermont (président)

Durant l'année qui vient de s'écouler, cinq réunions ont été tenues.

Le code d'éthique et de déontologie

En novembre 2002, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord adoptait un nouveau code d'éthique et de déontologie (annexe A) pour les administrateurs. Ce dernier répond aux modifications apportées à la gouverne régionale par le projet de loi 28. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Ce code d'éthique et de déontologie porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. En février 2003, un comité d'éthique et de déontologie a été mis sur pied et compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui ont fait partie de ce comité du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009.

- Ouellet, Alain
- Picard-Kanapé, Marcelline
- Verret, Stéphane

À noter que, au cours de l'année 2008-2009, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

Le Forum de la population

Le Forum de la population est une avenue novatrice visant à connaître le point de vue des citoyens et des usagers des services de santé et des services sociaux sur l'organisation des services. Le Forum associe la population à la définition des orientations régionales en matière de santé et de services sociaux.

Instance consultative auprès de l'Agence, le Forum est composé de quinze membres. Il est responsable :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

Voici la liste des personnes qui composent cette instance ainsi que les territoires ou catégories représentés.

▪ Boudreau, Carol	Territoire du CSSS de Port-Cartier	Port-Cartier
▪ Carbonneau Hounsell, Lise	Personnes âgées de 55 ans et plus	Natashquan
▪ Cummings, René	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
▪ Desjardins, Lyse	Comité des usagers	Baie-Comeau
▪ Elnish, Sam	Territoire du CLSC Naskapi	Kawawachikamach
▪ Émond, Claudine	Territoire du CSSS de Manicouagan	Ragueneau
▪ Harel-Montigny, Denise	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
▪ Larue, Marguerite	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
▪ Lebrun, Harold	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
▪ Lepage, Michel	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
▪ Mauger, Dan	Communautés anglophones	Chevery
▪ Pellerin, Nicole	Territoire du CSSS de la Haute-Côte-Nord	Colombier
▪ Rodgers, Louise	Territoire du CSSS de la Minganie	Rivière-Saint-Jean
▪ Roy, Mélanie	Personnes de 35 ans et moins	Fermont

Le poste représentant les communautés innues est toujours vacant. Aucune rencontre n'a eu lieu en 2008-2009.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Dans le cadre de ses responsabilités, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est appelée à se prononcer sur les diverses questions entourant l'organisation des services spécialisés en région, notamment l'élaboration des PREM et des plans d'organisation de services, la définition d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, le déploiement des équipements médicaux spécialisés, les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée comprend dix membres.

À titre de représentants des chefs de département de médecine spécialisée, nous retrouvons :

▪ Dr Isabelle Bossé	Chef du département d'obstétrique et de gynécologie	CSSS de Sept-Îles
▪ Dr André Crépeau	Chef du département clinique de radiologie	CSSS de Sept-Îles
▪ Dr Isabelle Gingras	Chef du département de psychiatrie	CSSS de Sept-Îles
▪ Dr Dominique Gionet	Chef du département clinique de médecine spécialisée	CSSS de Sept-Îles
▪ Dr Yves Girard	Chef du département de médecine spécialisée	CSSS de Manicouagan
▪ Dr Marie-Claude Lebel (présidente)	Chef du département de chirurgie	CSSS de Manicouagan
▪ Dr Suzanne Roberge	Chef du département d'obstétrique et de gynécologie	CSSS de Manicouagan
▪ Dr Stéphane Thériault	Chef du département d'anesthésiologie	CSSS de Sept-Îles

La présidente-directrice générale de l'Agence, madame Nicole Demers, de même que la directrice des affaires médicales, de la santé physique et des immobilisations, madame Johanne Savard, complètent d'office la composition de cette instance.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, dont la création date de juin 2006, s'est réunie à une reprise au cours de l'année, notamment pour y aborder les sujets suivants :

- Équipements médicaux spécialisés;
- Organisation des services;
- Plan d'effectifs en médecine spécialisée pour l'année 2008-2009;
- Clientèle lésée médullaire;
- RUIS et Table sectorielle en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS).

De plus, le comité régional des priorités en équipements médicaux, dont fait partie la présidente de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, s'est réuni le 13 mars 2009 afin d'évaluer les demandes des établissements. Cette rencontre s'est effectuée dans le cadre de la distribution de l'enveloppe de 100 000 \$ pour le volet « équipement médical - consolidation de services ».

La Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services infirmiers. Au 31 mars 2009, la composition de la CIR était la suivante.

▪ Albert, France	Membre coopté	CSSS de Sept-Îles
▪ Berthelot, Marlène (présidente)	Direction des soins infirmiers	CSSS de Sept-Îles
▪ Chamberland, Danie	Membre observateur	CSSS de l'Hémathite
▪ Fournier, Juliette	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord
▪ Gagnon, Brigitte	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Sept-Îles
▪ Girard, Francine	Direction des soins et milieu de vie	CSSS de Port-Cartier
▪ Joncas, Martine	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
▪ Monger, Marielle	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Basse-Côte-Nord
▪ Morin, Isabelle	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	CSSS de Manicouagan
▪ Savard, Lucie	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Manicouagan
▪ Talbot, Manon	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
▪ Tremblay, Nathalie	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
▪ Vigneault, Mireille	Membre observateur	CSSS de la Minganie
▪ Boivin, Lise	Personne désignée par la présidente-directrice générale	Agence

En 2008-2009, la CIR a tenu deux rencontres. Les dossiers des infirmières praticiennes spécialisées, les projets de préceptorat (méthode d'apprentissage et d'enseignement impliquant une infirmière d'expérience), de réorganisation du travail et la formation des infirmières et des infirmières auxiliaires ainsi que le plan de main-d'œuvre ont été au cœur des discussions.

La Commission multidisciplinaire régionale

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers. Voici les membres de la CMuR au 31 mars 2009.

▪ Blais, Denis	CPRCN (Centre jeunesse, Baie-Comeau)
▪ Landry, Karine (présidente)	CPRCN (Centre Le Canal)
▪ Lebel, Annie	CSSS de Port-Cartier
▪ Martel, Hélène	CSSS de l'Hémathite
▪ Rioux, Anne	CSSS de Manicouagan
▪ Salvas, Chantal	CPRCN (Centre de réadaptation L'Émergent, Sept-Îles)
▪ Verret, Stéphane	CSSS de Sept-Îles
▪ Castonguay, Réal	Agence
▪ Vacant	Poste dévolu Centre jeunesse, volet « professionnels du domaine social »
▪ Vacant	Poste dévolu volet « techniques »
▪ Vacant	Poste dévolu aux collègues

La CMuR s'est réunie une fois au cours de la dernière année. À la suite des élections, la présidence fut confiée à madame Karine Landry, directrice des services en dépendances au Centre Le Canal du CPRCN. Lors de cette rencontre, la présidente-directrice générale, madame Nicole Demers, est venue présenter la démarche de planification stratégique pilotée par le MSSS. Le directeur de santé publique, Dr Raynald Cloutier, a aussi informé les membres du processus en cours visant l'adoption du Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique ainsi que les stratégies régionales, l'une relativement aux saines habitudes de vie et l'autre concernant le développement social. Par ailleurs, les orientations ministérielles pour les programmes-services jeunes en difficulté, dépendances et santé mentale furent déposées ainsi que le plan de travail permettant d'en arriver à la définition de nos orientations régionales à l'égard de ces clientèles. Chacune de ces présentations avaient pour objectif d'informer les membres de la CMuR de l'évolution de ces dossiers et de les assurer qu'ils seraient consultés avant leur adoption officielle par le conseil d'administration de l'Agence.

Le Département régional de médecine générale

Créé en fonction de l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins œuvrant en établissement.

Ses principaux mandats :

- Faire des recommandations sur le plan des effectifs médicaux touchant les omnipraticiens;
- Définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et s'assurer de sa mise en place;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes considérés prioritaires;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales prioritaires;
- Évaluer l'atteinte des objectifs quant au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et au plan des effectifs en omnipratique.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef du département, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction :

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------|
| ▪ D ^{re} Chantal Baril | Sept-Îles |
| ▪ D ^r Roger Dubé (chef du DRMG) | Baie-Comeau |
| ▪ D ^r Pierre Gosselin | Port-Cartier |
| ▪ D ^r Rémi Mercier | Les Escoumins |
| ▪ D ^r Pierre Moore | Havre-Saint-Pierre |
| ▪ D ^{re} Elisabeth Paradis | Blanc-Sablon |
| ▪ D ^r Raynald Pilon | Fermont |
| ▪ D ^{re} Claudette Viens | Bergeronnes |

Au cours de l'année 2008-2009, le comité de direction s'est réuni à deux reprises.

Voici quelques sujets abordés :

- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier;
- Mesures incitatives non négociées;
- Gestion du plan d'effectifs en omnipratique, détermination des objectifs de croissance aux établissements, octroi d'avis de conformité;
- Gestion des ententes particulières :
 - Plan régional des effectifs médicaux (PREM);
 - Activités médicales particulières (AMP);
 - Lettres d'ententes;
- Programme de boursiers en médecine de famille;
- Renouvellement de certains projets des GMF;
- Détermination des besoins en omnipratique;
- Équipements médicaux spécialisés (travaux du comité);
- Accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable et orpheline (guichet d'accès);
- Recrutement médical.

Le comité régional sur les services pharmaceutiques

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le CRSP exerce entre autres les mandats suivants :

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. Madame Alice Bourgeois, présidente du comité, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction :

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| ▪ Bourgeois, Alice (présidente) | Chef de département | CSSS de Sept-Îles |
| ▪ Comeau, Sylvie | Pharmacienne en établissement | CSSS de Manicouagan |
| ▪ Lacombe, Christine | Pharmacienne propriétaire | Baie-Comeau |
| ▪ Saint-Pierre, Nancy | Pharmacienne propriétaire | Chute-aux-Outardes |

Siègent également au sein du CRSP, la présidente-directrice générale, madame Nicole Demers, la directrice des affaires médicales, de la santé physique et des immobilisations, madame Johanne Savard, et la professionnelle responsable du dossier pharmacie, madame Lise Boivin.

Au cours de l'année 2008-2009, le CRSP ne s'est pas réuni.

Le comité de gestion du réseau - Côte-Nord

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, la présidente-directrice générale de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plate-forme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à dix reprises au cours de l'année 2008-2009, dont six rencontres par conférence téléphonique.

La structure de l'Agence

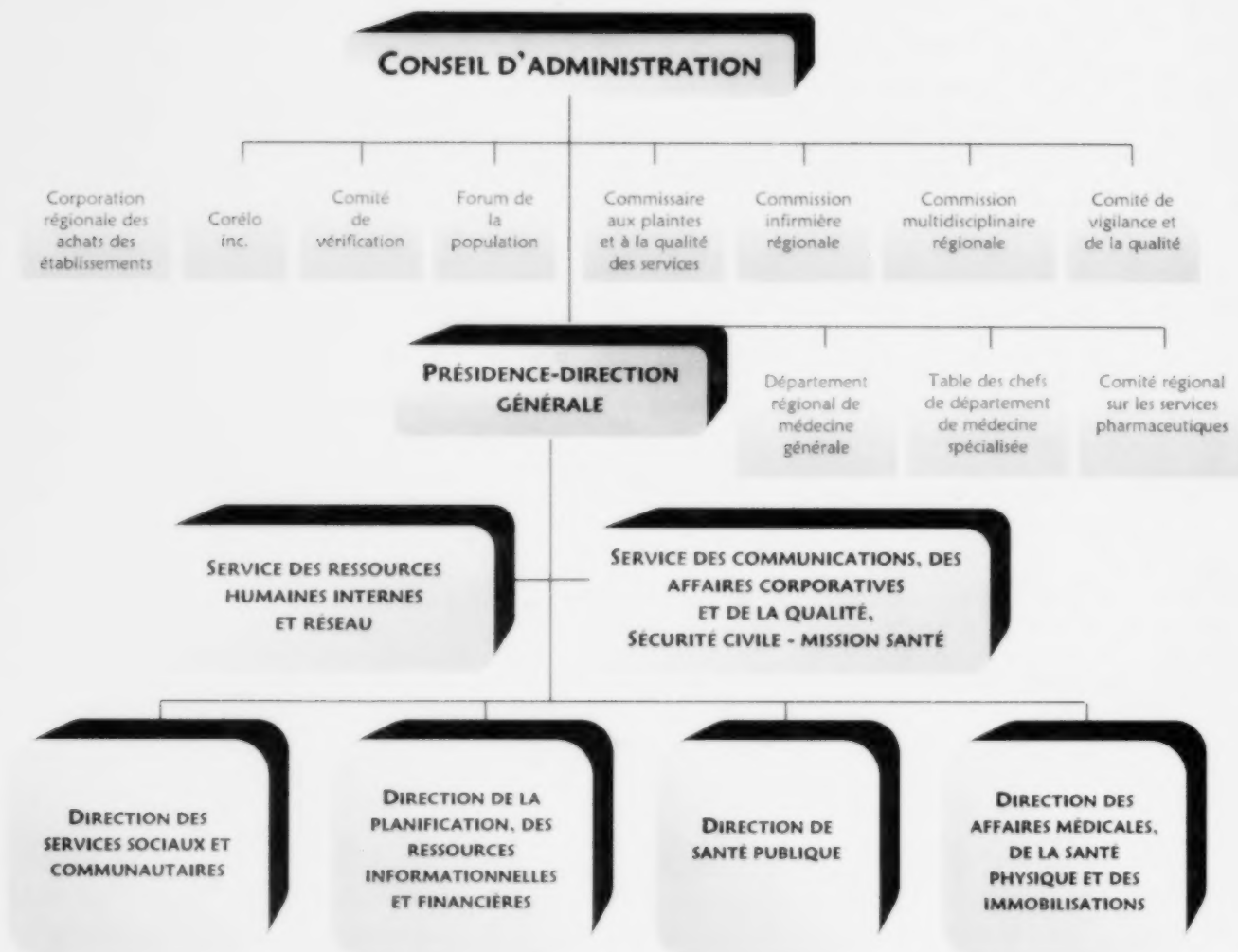
Au 31 mars 2009, le plan d'organisation de l'Agence repose sur cinq directions :

- Direction générale;
- Direction de santé publique;
- Direction des services sociaux et communautaires;
- Direction des affaires médicales, de la santé physique et des immobilisations;
- Direction de la planification, des ressources informationnelles et financières.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

EFFECTIF DE L'AGENCE AU 31 MARS 2009		EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Employé cadre	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	17	13
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,4	0
	Cadre en stabilité d'emploi	0	1
Employé régulier	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	67,75	58,73
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1,8	1,7
	Employés en sécurité d'emploi	0	0
Employé occasionnel	Heures rémunérées	19 192,6	23 037,91
	Équivalents temps complet (ETC)	10,51	12,62

FIGURE 1 - SCHÉMA ORGANISATIONNEL 2008-2009



Les établissements

La région compte neuf établissements dont sept CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le CPRCN qui regroupe quatre missions.

LA MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social aux Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Cœur au nord et la communauté innue d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 12 045 habitants.

LA MRC DE MANICOUAGAN

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte deux points de service : Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La municipalité régionale de comté (MRC) de Manicouagan regroupe 32 085 habitants. Ce territoire débute avec la communauté innue de Pessamit et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 22 551 habitants, est la municipalité la plus peuplée de ce territoire administratif.

LA MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 33 409 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 26 217 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 25 867 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert principalement les résidents de Port-Cartier et des environs, soit 7 192 personnes.

LA MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 3 679 personnes.

Le CSSS de l'Hématite est situé dans la ville de Fermont et dessert une population de 2 932 habitants.

Légalement constitué en 2001 en vertu de l'entente du Nord-Est québécois, le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie à Kawawachikamach (747 habitants).

LA MRC DE LA MINGANIE

C'est à Havre-Saint-Pierre (3 171 habitants) que se trouve le CSSS de la Minganie qui compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont l'un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). On retrouve deux communautés autochtones sur le territoire. La MRC de la Minganie compte une population de 6 368 habitants.

LA BASSE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 378 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues.

Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés dans lesquels sont offerts des services de dispensaire.

UNE MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en toxicomanie ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont dispensés dans toutes les MRC, y compris sur le territoire de la Basse-Côte-Nord.

Les communautés autochtones

Au 1^{er} juillet 2008, les autochtones comptent pour 12,7 % de la population nord-côtière. Ils se répartissent dans huit communautés innues et une communauté naskapie située à Kawawachikamach.

L'an dernier, un poste de liaison à l'Agence a été créé afin de développer un réseau de partenariat avec les communautés innues, les CSSS du territoire, le MSSS et Santé Canada.

Une Table régionale a été créée et s'est réunie à quatre reprises dans le cadre du Fonds de transition pour la santé autochtone (FTSA) afin d'identifier les zones grises qui doivent faire l'objet de discussions, de clarifications ou d'ententes entre le réseau nord-côtière et autochtone. Ces rencontres ont permis de faire connaître la configuration du réseau provincial et les différents programmes ainsi que le partage des responsabilités des services de santé innus entre le fédéral et le provincial.

L'Agence a participé à un projet d'intégration en santé de la communauté de Mingan qui vise à améliorer la qualité et l'accessibilité des services et soins professionnels de cette communauté. Un projet pilote est aussi en cours pour le développement des services sociaux de première ligne dans cette même communauté.

Les organismes communautaires

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais des volets mission globale et entente de service, nous permet de soutenir 99 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. De plus, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse, nous avons été en mesure de financer de façon non récurrente deux nouvelles maisons de jeunes. Au total, cela représente un investissement de 9 398 027 \$ pour 101 organismes communautaires, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre des projets ponctuels, de la formation, de la sécurité alimentaire et du programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le Cadre de reconnaissance et de financement en termes de reddition des comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de leurs états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à chaque professionnel d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire. Par cette démarche, l'Agence est en mesure d'apporter l'aide requise aux organismes en difficulté et aussi de témoigner de l'importante contribution sociale de ces groupes dans la mission globale d'amélioration de la santé et du bien-être de la population nord-côtère.

FINANCEMENT PSOC			
Organisme	Subvention 2007-2008 (\$)*	Subvention 2008-2009 (\$)*	Catégorie
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	17 595	17 781	Troubles envahissants du développement
Actions Sida Côte-Nord	54 227	55 040	VIH-SIDA
Ado-Cité – Maison de jeunes	36 334	36 774	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord inc.	10 591	10 750	Déficiência physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	17 448	17 710	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	20 185	20 345	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc. (APAME)	66 853	67 856	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	17 311	17 571	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	23 188	23 536	Déficiência physique
Association des sourds de Baie-Comeau	2 030	6 181	Déficiência physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	10 970	11 135	Déficiência physique
Association l'Envolée de la Côte-Nord	13 082	13 278	Santé mentale
Association nord-côtère de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	14 186	17 783	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de Sept-Îles inc. (APAME)	72 165	73 247	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord	6 128	6 220	Déficiência physique
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	25 235	28 321	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	75 324	92 317	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	116 573	120 352	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	209 544	217 424	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	56 206	57 049	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord	296 965	314 107	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port Cartier inc.	159 616	166 748	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	141 497	143 742	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 091	2 122	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	159 486	170 412	Centres de femmes
Centre des femmes de Forestville	159 366	170 405	Centres de femmes

FINANCEMENT PSOC (suite)			
Organisme	Subvention 2007-2008 (\$)*	Subvention 2008-2009 (\$)*	Catégorie
Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord	362 539	381 510	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	108 854	110 487	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux quatre vents	159 345	170 404	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	180 983	170 506	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	13 273	17 532	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	12 192	12 375	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	41 535	42 158	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	31 072	31 396	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	31 572	31 396	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	15 180	15 245	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	31 072	31 396	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	3 787	5 075	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	3 859	5 075	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	3 445	5 075	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	30 344	30 657	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	19 997	20 297	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	19 997	20 297	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	185 075	187 851	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écoreuils de Baie-Comeau	2 091	2 122	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	26 177	24 743	Santé mentale
Espace Côte-Nord	109 383	111 024	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	56 215	57 058	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	67 958	68 977	Santé mentale
Hom'asculin Port-Cartier	38 134	38 706	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles	48 546	39 376	Autres ressources hommes
La croisée, un organisme de justice alternative	226 699	230 099	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	542 825	589 222	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	29 072	29 366	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	99 228	100 716	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	84 813	106 069	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	29 072	29 366	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	42 611	47 478	Maisons de jeunes
La Vallée des Roseaux	364 278	388 892	Santé physique
L'Alliance des femmes	160 148	170 407	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	77 298	78 457	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 066	1 082	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	16 879	17 132	Déficiences multiples
L'Âtre de Sept-Îles	271 758	275 834	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	3 256	5 127	Maintien à domicile
Le Créam	148 714	142 144	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Port-Cartier	9 945	10 094	Déficiences multiples
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	30 146	30 598	Déficiences multiples
Le Pivotal des Îles inc.	56 216	57 059	Déficiences multiples
Le Répît Daniel Potvin inc.	162 161	164 593	Déficiences multiples
L'Entre-deux-Tournants	59 965	62 795	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'or	29 966	34 475	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	27 943	28 362	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	29 729	30 175	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	131 324	133 294	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	65 289	66 269	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	467 766	513 448	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	175 305	177 935	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	554 985	600 852	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté

FINANCEMENT PSOC (suite)			
Organisme	Subvention 2007-2008 (\$)*	Subvention 2008-2009 (\$)*	Catégorie
Maison des jeunes de Colombier		9 500	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	69 541	70 568	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	35 247	35 871	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	23 836	24 051	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	36 334	36 774	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretiens de Forestville	76 319	77 447	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mécatina		9 500	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	574 049	620 839	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	14 664	14 884	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	16 108	16 070	Déficiences multiples
Nouveau regard	5 945	6 034	Santé mentale
Point de rencontre inc.	192 078	194 102	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	12 179	12 362	Santé mentale
Répît Richelieu	183 041	185 787	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	31 784	32 261	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	25 279	69 462	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	9 377	9 518	Déficiences physiques
Table de concertation des associations de pers. hand. de la Côte-Nord	3 000	3 000	Concertation et consultation générale
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	82 963	81 885	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	69 339	69 968	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	26 232	26 625	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	149 716	161 435	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	8 902 289	9 398 027	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	99	101	

Note : En 2008-2009, nous présentons le financement versé pour les volets mission globale, entente de service et Stratégie action jeunesse. Les données 2007-2008 sont présentées différemment, par conséquent elles ne peuvent pas être comparées à celles de l'exercice financier 2008-2009.

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire et du programme PAPA.

FAITS SAILLANTS

En 2008-2009, tel qu'il a été prescrit par le Cadre de reconnaissance et de financement, l'Agence a mis en place, de concert avec des organismes représentatifs du milieu, un comité de liaison sur l'action communautaire. Les objectifs de ce groupe visent notamment à intensifier les liens de partenariat, à échanger de l'information et à démystifier l'action des organismes dans la communauté. En termes de travaux, les membres du comité poursuivent la rédaction d'un plan dont les actions s'échelonnent sur la période 2009-2011.

Les ressources intermédiaires et de type familial

Au 31 mars 2009, le réseau nord-côtier de ressources intermédiaires et de type familial se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- 110 familles d'accueil avec 250 places*;
- Une ressource intermédiaire de deux places.

* Ces chiffres excluent les familles d'accueil autochtones.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- 57 résidences d'accueil dénombant 228 places;
- 20 ressources intermédiaires disposant de 167 places.

FAITS SAILLANTS

Afin de se conformer à une recommandation de l'équipe ministérielle des visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie en ressources intermédiaires et de type familial, relativement à l'obligation pour les personnes œuvrant dans ces ressources de détenir une formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR), le Centre jeunesse a entrepris, avec l'implication de l'Agence et du Cégep de Baie-Comeau, de former plus d'une centaine de personnes rattachées aux familles d'accueil réparties entre Tadoussac et Sept-Îles. En 2008-2009, 44 personnes issues des résidences d'accueil et des ressources intermédiaires de ce même territoire ont profité des formations RCR et secourisme en général offertes par l'organisme reconnu, Aqua-Urgence de Forestville, avec la participation financière de l'Agence.

Au chapitre des traitements des mésententes, une seule situation a nécessité au cours de l'année 2008-2009 l'utilisation de la procédure d'examen mise en place par l'Agence pour mettre fin à une mésentente entre une ressource familiale ou intermédiaire et un établissement gestionnaire.

Les ressources humaines

La Côte-Nord fait face à une grave pénurie de main-d'œuvre, en raison notamment de la baisse de sa population. Nos principaux objectifs consistent donc à retenir la main-d'œuvre déjà en place, à inciter les jeunes à y revenir et à attirer les travailleurs de l'extérieur à venir s'y établir.

Cette situation affecte particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux et englobe presque toutes les professions dans les différentes catégories d'emploi et les différents secteurs d'activité.

Par le passé, nous avons maintes fois tenté de contrer ce phénomène, sans pour autant parvenir à trouver des solutions à long terme, situation que nous voulons corriger.

L'Agence s'est dotée d'un plan régional d'action dans le cadre de la planification de la main-d'œuvre. Cette responsabilité appartient également à chaque établissement au plan local. Ces outils, espérons-le, nous permettront d'enrayer la pénurie qui affecte le réseau.

L'Agence a participé à différentes activités de promotion et de recrutement dans le but de soutenir les différents établissements, tant au plan régional que provincial.

ENTENTE 3R

Afin de faciliter le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre, il a été établi que la Côte-Nord devait, en premier lieu, se faire connaître, promouvoir les avantages d'y vivre et améliorer certaines perceptions à son endroit.

Pour ce faire, une agence de communication a reçu le mandat de développer une image de marque de la Côte-Nord et, en mars 2009, on procédait à son dévoilement.

Cette agence de communication doit également concevoir une campagne de communication auprès des jeunes de 25 à 34 ans et la déployer. Elle s'échelonnera sur une période de deux ans, soit de 2009 à 2011. La stratégie proposée permettra principalement d'accroître la notoriété de la région et de préparer le terrain pour les opérations de recrutement menées ultérieurement dans le cadre de l'Entente 3R.

FORMATION

Plus de 650 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux nord-côtier ont pris part aux activités de formation, d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire.

Plus de 40 sessions différentes ont été tenues sur des sujets aussi variés que la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38), la manipulation des médicaments dangereux, l'intervention psychosociale en sécurité civile, le travail interdisciplinaire, l'intervention auprès des hommes en détresse, la prévention et l'intervention en dépendance auprès des jeunes d'âge scolaire ainsi que diverses formations adressées au personnel de bureau sur l'utilisation de logiciels informatiques.

Plusieurs membres du personnel des établissements, employés et bénévoles des organismes communautaires ont profité de ces activités.

La préparation, l'organisation et la tenue de ces multiples activités de formation de même que notre implication dans diverses activités liées à l'informatique et notre soutien financier auprès des établissements ont requis près de 566 000 \$ d'investissements du service de développement des ressources humaines-réseau.

Formation pour le personnel d'encadrement

Les nombreux changements survenus depuis une dizaine d'années dans le réseau de la santé et des services sociaux, jumelés à une pénurie croissante du personnel d'encadrement, ont justifié le développement d'une formation continue spécifique aux besoins des cadres. L'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) a élaboré un programme de formation à l'intention des cadres (PFIC) du réseau régional de la santé et des services sociaux.

Avec 31 participants inscrits, deux cohortes étaient créées. La formation a été dispensée à l'hiver et au printemps 2009 à Baie-Comeau et Sept-Îles. Un montant de 143 565 \$ y était consacré. Le programme, ayant connu un grand succès, se poursuivra en 2009-2010.

Appui à la Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord

L'absence de services universitaires stables sur la Côte-Nord et la volonté des gens du milieu de se doter d'une infrastructure qui en facilite l'accès s'avèrent autant d'éléments qui ont stimulé la création d'une instance dédiée à la promotion, au développement et au maintien des services universitaires dans notre région.

La Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord a besoin de partenaires financiers afin d'arriver à signer des ententes de service avec les universités et ainsi assurer la pérennité de la formation universitaire.

Actuellement, certaines cohortes étudiantes dans le secteur des soins infirmiers et des services communautaires ont été mises sur pied à Baie-Comeau. La formation sur place permet ainsi à des professionnels de la santé de poursuivre leur formation en cours d'emploi.

Un des moyens pour combattre l'exode des jeunes et pour favoriser la rétention du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord consiste à offrir à nos jeunes et à nos professionnels un meilleur accès à la formation universitaire. Dans cette optique, nous avons conclu avec enthousiasme une entente de partenariat de cinq ans avec la Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord afin d'assurer l'accès à la formation universitaire, de soutenir la formation supérieure de qualité et de faciliter la formation spécialisée.

Les ressources et la sécurité des actifs informationnels

Au cours de l'année 2008-2009, plusieurs efforts ont été déployés afin de préparer la région à un virage technologique visant l'optimisation et la consolidation des actifs informationnels. Ainsi, des travaux d'analyse ont été réalisés en vue de l'implantation du nouveau réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM). Ce nouveau réseau permettra une consolidation autant sur le plan des salles de serveurs que des équipements qu'elles hébergent.

Parallèlement, une veille technologique, des expérimentations et des formations ont été offertes afin de s'assurer de déployer les meilleures technologies disponibles en fonction des besoins du réseau sociosanitaire. À terme, la région désire déployer deux salles de serveurs régionales sécurisées offrant des possibilités de redondance tout en normalisant ses actifs.

Le MSSS revoit actuellement le mode de gouvernance, tant pour les ressources informationnelles que pour la sécurité des actifs informationnels. La région devra également procéder à des travaux afin de se doter d'une nouvelle organisation des services en ressources informationnelles tenant compte de la nouvelle architecture, des meilleures pratiques dans le domaine, tout en s'harmonisant avec les orientations provinciales.

Finalement, l'année 2008-2009 aura épargné l'Agence ainsi que l'ensemble des établissements de la région de situations majeures en ce qui concerne les incidents de sécurité.

La sécurité civile - mission santé

En avril 2008, l'Agence s'est dotée d'une structure organisationnelle de sécurité civile concordant avec celle décrite au Plan national de sécurité civile. Ainsi, une coordonnatrice au dossier a été désignée par la présidente-directrice générale et une responsable de mission a été chargée du dossier pour un mandat de deux ans.

Le mandat principal qui leur a été attribué consiste à réaliser le Plan régional de sécurité civile - mission santé, poursuivre les travaux relatifs au Plan de lutte à une pandémie d'influenza et instaurer une culture de sécurité civile dans la région.

Une première rencontre de tous les coordonnateurs locaux en sécurité civile des établissements s'est déroulée en janvier 2009 à Sept-Îles, afin de procéder à une mise à niveau des connaissances, de partager sur les mandats du MSSS concernant les travaux en phase de préparation d'une pandémie et de consulter les établissements sur le Plan régional de sécurité civile - mission santé en cours de rédaction.

Parmi les préoccupations soulevées lors de cette rencontre, les coordonnateurs locaux ont souligné la difficulté à établir des contacts avec les municipalités, première responsable en sécurité civile sur leur territoire. Dans le but d'aider les CSSS à mieux se faire connaître des municipalités de leur territoire, un projet de dépliant a été élaboré par l'Agence. Il décrit les activités du réseau de la santé et des services sociaux et ses interventions en situation de sinistre.

Par ailleurs, deux événements majeurs ont frappé la région en 2008. La Côte-Nord a subi une rupture du lien routier causée par de fortes pluies au printemps et à l'automne. La gestion de ces deux sinistres s'est faite en collaboration avec l'organisation régionale en sécurité civile.

À la suite de ces deux événements, un comité de travail régional a été mis sur pied afin d'élaborer un plan spécifique à une rupture du lien routier. Une première rencontre a eu lieu en avril 2009.

Un autre comité de travail est en voie de formation pour analyser la problématique des secteurs isolés en situation de pandémie. La mise sur pied de ce comité répond à une inquiétude des CSSS de la Basse-Côte-Nord et de l'Hémathite face à leurs situations géographiques. Les deux CSSS sont isolés et partagent des frontières communes avec Terre-Neuve (Basse-Côte-Nord) et le Labrador (Fermont).

Les communications

L'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à nos différents partenaires, constitue un rôle essentiel pour l'Agence. Le service des communications s'assure de répondre aux demandes des médias et de faciliter l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2008-2009, entre 150 et 200 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

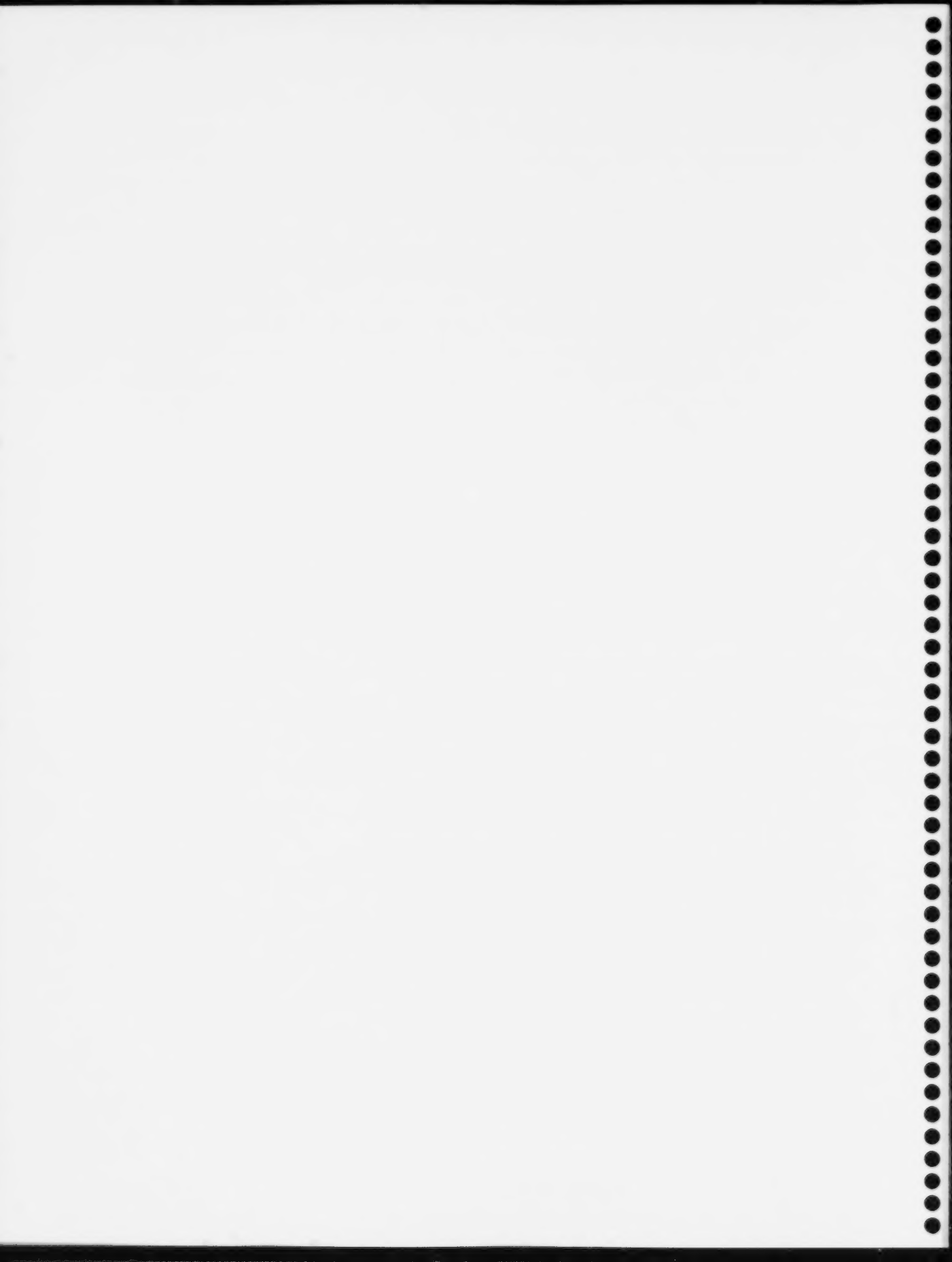
Parmi les autres activités qui ont mobilisé le service des communications, voici les réalisations majeures :

- La Direction de santé publique a été grandement visible l'an dernier dans la région. Le directeur a publié deux rapports majeurs, un sur le phénomène de l'érosion des berges et l'impact sur la population et un autre sur les impacts psychosociaux du projet de construction d'un barrage sur la rivière Romaine en Minganie. Ces publications ont intéressé grandement les médias autant nationaux que régionaux. Par ailleurs, un avis de santé publique sur le projet d'exploration et d'exploitation de l'uranium à Sept-Îles a aussi fait couler beaucoup d'encre au cours de l'année.
- Des campagnes d'information ont également eu lieu sur les réalités masculines (dévoilement d'un plan d'action) et, notamment, sur la vaccination des jeunes filles contre le virus du papillome humain (VPH).
- Une campagne de publicité sur l'importance de consommer des fruits et légumes dans le cadre de la promotion de saines habitudes de vie a été réalisée cette année.
- Une nouvelle politique de communication a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence. Cette politique vient, notamment, préciser les rôles et responsabilités des employés de l'Agence, du service des communications et de l'équipe de direction dans les relations avec les médias et les élus politiques.
- Dans le cadre de ses activités régulières, le service des communications a produit et diffusé cinq numéros des *Échos du conseil* aux partenaires de l'Agence de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.
- En 2008-2009, des dizaines d'outils promotionnels en provenance du MSSS ou produits par l'Agence ont été diffusés dans le réseau et parmi la population, notamment sur des sujets aussi variés que la vaccination, le jeu, les algues bleu-vert, la violence conjugale, les dangers du bronzage et les poux.



CHAPITRE II

LES SERVICES À LA POPULATION



La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et de services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population en fonction de nouveaux crédits qui sont consentis à la région.

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ POUR L'ANNÉE 2008-2009

Pour l'année 2008-2009, le ministre a établi le niveau de dépense autorisée à 273 045 830 \$ pour la région, incluant une enveloppe de 1 476 496 \$ en base déboursée pour le développement de services, une cible maximale de déficit fixée à 851 998 \$ et une somme de 983 409 \$ pour couvrir la hausse des frais de médicaments, les fournitures médicales et chirurgicales et l'impact de l'augmentation des clientèles.

Les crédits de développement représentant une somme de 1 977 487 \$ en base annuelle ont été principalement attribués au programme-services perte d'autonomie liée au vieillissement (36,9 %) et à la priorité régionale : PALV - Maladies chroniques (15 %). Le solde des crédits a été réparti entre les autres programmes-services.

Enfin, 10 % du budget de développement, soit 197 748 \$, aura permis à des organismes communautaires de développer ou consolider leurs services; cette somme s'ajoute à l'indexation de 1,5 % consentie à tous les organismes communautaires de la région.

Au plan régional, la démarche s'est conclue par la ratification d'ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité sont définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction au plan régional et local, des budgets régionaux ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

Dans le souci d'intégrer dans cette démarche de gestion la majorité des attentes pouvant être signifiées à un établissement pour une année donnée, les ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements comprennent également une partie typiquement nord-côtière qui énonce des engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, selon le cas.

LE SUIVI DE GESTION ET LA REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité commande un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les indicateurs sont suivis selon des périodes définies et des bilans sont prévus à des moments stratégiques. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes.

Pour l'année 2008-2009, une cinquantaine d'indicateurs témoignent de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre. En moyenne, les résultats obtenus dépassent les objectifs fixés dans l'entente de gestion, sont supérieurs à la cible à atteindre pour l'année 2010 définie au plan ministériel 2005-2010 ou, encore, toutes les personnes connues sont desservies (pas de liste d'attente).

Les résultats relatifs aux services de première ligne, notamment ceux pour les personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement, pour les jeunes et leur famille en difficulté, pour des services en santé mentale ainsi qu'en chirurgie retiennent particulièrement notre attention. À preuve, les objectifs concernant la perte d'autonomie liée au vieillissement ont majoritairement été atteints. De même, les services destinés aux jeunes et leur famille en difficulté méritent aussi d'être mentionnés, car on rejoint beaucoup plus de jeunes et leur famille (1 861) qu'en prévoit la cible 2010 (1 335). En fait, 12 636 interventions ont été réalisées alors qu'un total de 9 345 interventions est visé en vertu de la cible 2010. Puis, en santé mentale, les résultats en lien avec la consommation de services de première ligne sont en constante progression depuis 2006-2007, de sorte qu'à ce jour une hausse de 34 % est observée.

Au chapitre des chirurgies, nous sommes également satisfaits des résultats obtenus. Les objectifs ont été atteints pour les chirurgies du genou, de la hanche et de la cataracte. De plus, on note que plus de 90 % des patients inscrits au mécanisme central ont été traités dans les délais pour ces chirurgies.

Même si les résultats témoignent de situations qui tendent à s'améliorer, il demeure que des efforts doivent être maintenus dans certains programmes. Toujours en santé mentale, certains objectifs en lien avec les services spécialisés ne sont toujours pas atteints. Cette situation est similaire pour les résultats observés dans les unités d'urgence où l'on note une détérioration des indicateurs par rapport à l'année 2007-2008.

Quant aux services spécialisés à l'attention des jeunes en difficulté et en déficience physique, l'atteinte des résultats demeure souvent ardue en raison notamment des difficultés à combler les postes en lien avec les activités concernées.

En définitive, la capacité de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre (ex. : effectifs médicaux en spécialité, physiothérapeutes et intervenants sociaux) dans notre région continue d'être un défi dans plusieurs secteurs d'activité.

Concernant les 291 engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale, plus de la moitié (58,1 %) ont été atteints. Dans 9,3 % des cas, les engagements n'ont pas été réalisés compte tenu d'un report de la démarche par l'Agence. Enfin, si 32,6 % des engagements n'ont pas été atteints à l'échéance, plusieurs de ceux-ci ont toutefois débuté.

Parmi les principales réalisations au regard des engagements spécifiques, citons l'augmentation du taux horaire du chèque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe pour les personnes handicapées ainsi que la consolidation ou le développement d'activités en lien avec le plan d'action sur les saines habitudes de vie, la priorité régionale PALV – Maladies chroniques.

Le lecteur peut consulter la liste des réalisations des établissements dans un tableau reproduit à l'annexe B.

Les services généraux

1. LIGNE INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

1.1 Info-Santé

Le service Info-Santé permet de joindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent. Ce service de consultation professionnelle téléphonique accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes de santé ou de diriger la personne vers la bonne ressource dans le réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF, qui assurent pour leur part la prise en charge du patient, au-delà d'un problème ponctuel.

L'offre de service est maintenant disponible par l'introduction d'un seul numéro à trois chiffres, le 8-1-1 depuis 2008.

Dans le cadre d'un projet de déploiement provincial, l'implantation de l'application Info-Santé Web du service régional Info-Santé et Info-Social (SRISIS) a été réalisée. Celle-ci permet d'assurer la continuité des services à la clientèle vulnérable identifiée. Chaque CSSS ainsi que chaque GMF est impliqué dans ce processus. Cette application offre la possibilité d'utiliser une fiche d'enregistrement qui sera partagée entre les trois partenaires (SRISIS, CSSS et GMF) et fournit une réponse téléphonique spécifique pour cette clientèle.

En 2008-2009, les infirmières du service Info-Santé ont reçu 38 703 appels, par rapport à 26 492 pour l'année antérieure.

1.2 Info-Social

Le nombre d'appels au service Info-Social est en constante progression depuis 2007, soit 550 appels en 2006-2007, 891 appels en 2007-2008 et 1 121 appels en 2008-2009. On observe également une augmentation du nombre de clients différents, soit 809 personnes en 2008-2009 comparativement à 539 l'année antérieure. Tous les territoires maintiennent sensiblement le même nombre d'appels ou présentent une augmentation. Les contextes d'intervention sont reliés à des problématiques de déstabilisation et de vulnérabilité pour deux tiers des demandes et à des demandes d'information pour environ 30 % des appels. Les appels pour des situations d'urgence comptent pour environ 5 %. En 2008-2009, 68 % des appels provenaient des femmes et 32 % de la clientèle masculine.

Ce service permet d'assurer, en lien avec les CSSS de la région, la continuité d'une intervention psychosociale téléphonique de crise, 24 heures par jour, sept jours par semaine. Celle-ci est arrimée à une intervention terrain, lorsque la situation comporte, pour le client, un niveau élevé de dangerosité ou de vulnérabilité.

2. SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services infirmiers et psychosociaux généraux		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.		
Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 119 usagers	1 912 usagers	2 040 usagers
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,95 interventions/ personne	4,58 interventions/ personne	3,64 interventions/ personne
Commentaires			
Le résultat quant au nombre de clients desservis dépasse l'objectif régional de 6,6 %. Sur le plan de l'intensité des services, l'objectif régional n'est pas atteint mais oscille aux alentours de la cible 2010 (3,86). En ce qui a trait au nombre total d'interventions, on note par ailleurs une diminution de 12 % par rapport à l'année 2007-2008.			

FAITS SAILLANTS

Selon une étude préliminaire effectuée au CSSS de Sept-Îles, l'implantation du guichet unique en santé mentale serait associée à une plus forte demande et une plus grande intensité de services en première ligne. Tenant compte de la mise en place graduelle d'un guichet unique dans chacun des établissements, on peut s'attendre à une plus forte demande et une plus grande intensité pour 2009-2010. De plus, un programme axé sur la réduction de la consommation à risque d'alcool (Alcochoix +) est en cours d'implantation. Ce programme s'adresse à des adultes buvant entre 10 et 35 consommations par semaine.

En 2009-2010, l'offre de service de la Côte-Nord sera bonifiée par la poursuite de la formation en sécurité civile - mission santé (volet psychosocial) lors de sinistres. Cette formation permettra de développer une pratique d'intervention psychosociale commune lors de situations de sinistres. De plus, une formation sur l'intervention de première ligne auprès d'adultes en dépendances permettra d'outiller les intervenants et les infirmiers en CSSS à intervenir précocement avec ce type de clientèle.

3. EFFECTIFS MÉDICAUX

Le PREM prévoit 135 omnipraticiens et 88 spécialistes dans les CSSS de notre territoire. Au 1^{er} avril 2009, 95 omnipraticiens et 53 spécialistes étaient en fonction dans les établissements de la Côte-Nord. Comparativement à l'année précédente, nous constatons une diminution chez les médecins omnipraticiens (- 4) et une stabilité relative chez les médecins spécialistes (- 1).

Cette situation a entraîné, pour la majorité des établissements, le recours au mécanisme de dépannage, de façon soutenue, afin d'assurer l'accessibilité aux services.

Certains CSSS ont été dans l'obligation d'établir des plans de contingence, ne pouvant maintenir le même niveau de services.

TABLEAU COMPARATIF DES EFFECTIFS EN POSTE								
Établissement	Effectif requis		Omnipraticien (au 1 ^{er} avril)			Spécialiste (au 1 ^{er} avril)		
	Plan 1997-2000 Omnipraticien	Plan 2008 Spécialiste	2007	2008	2009	2007	2008	2009
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
• Les Escourmins	11		8	9	8			
• Forestville	9		5	4	4			
CSSS de Manicouagan								
• volet hospitalier	35	40	26	30	25	14	16	17
• volet CLSC	3		1	1	1			
CSSS de Port-Cartier	11		6,5	7	6			
CSSS de Sept-Îles								
• volet hospitalier	32	44	19,5	20	19	39	38	36
• volet CLSC	2		1	1	1			
CSSS de la Minganie	12		9	8,5	9			
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10		10	9	11			
CSSS de l'Hépatite	7		7	6	7			
CLSC Naskapi	3		4	3,5	4			
TOTAL	135	88*	97	99	95**	53	54	53

* Ce chiffre inclut quatre spécialistes dont la répartition demeure à établir. Ces spécialistes œuvrent en gastro-entérologie, gériatrie, néphrologie et rhumatologie.

** De ce nombre, certains de ces médecins sont à mi-temps, mais doivent être comptabilisés comme un effectif.

Au CSSS de Manicouagan, la situation s'est détériorée en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs se situant à 66 %, sans toutefois tenir compte des besoins à l'UMF afin de soutenir l'enseignement. En médecine spécialisée, la situation demeure difficile avec un plan d'effectifs comblé à 43 %.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation est demeurée stable en omnipratique, le pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs n'étant que de 59 %. En médecine spécialisée, on note la même tendance avec une atteinte du plan d'effectifs de l'ordre de 82 %.

On remarque une fragilité des effectifs dans tous les CSSS de la région. Certains établissements, où les effectifs étaient stables depuis plusieurs années, se fragilisent car des départs y sont annoncés, et le recrutement demeure une préoccupation constante. Sans les mesures mises de l'avant par le MSSS, notamment au regard des objectifs de croissance qui nous sont signifiés annuellement, il aurait été difficile pour une région comme la Côte-Nord de maintenir le même niveau de ressources que les années antérieures.

4. SERVICES OFFERTS AUX FEMMES EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN AGRESSION SEXUELLE

4.1 Violence conjugale

Dans le cadre des objectifs et des activités jugés prioritaires au Plan d'action régional de la Côte-Nord 2007-2009, en matière de violence conjugale, deux volets de formation distincts ont été dispensés, soit une journée de formation sur les notions de base en matière de violence conjugale, offerte trois fois dans la région, les 16, 18 et 20 juin 2008 et une journée de formation relative au processus judiciaire en matière de violence conjugale, offerte deux fois dans la région, les 17 et 19 juin 2008. Ces rencontres de formation étaient destinées aux intervenants à la fois expérimentés ou peu expérimentés afin d'actualiser leurs connaissances relatives au processus d'intervention en matière de violence conjugale et au suivi auprès des différents types de clientèles. Près de 120 personnes y ont participé.

4.2 Agression sexuelle

Le Plan d'action régional de la Côte-Nord 2008-2013, en matière d'abus et d'agression sexuelle, a été adopté par les membres du comité régional intersectoriel en violence conjugale et en agression sexuelle de la Côte-Nord et par le conseil d'administration de l'Agence.

Ce document est inspiré des plans d'action gouvernementaux de 2001-2007 et de 2008-2013 en matière d'agression sexuelle. Il découle d'un bilan régional et d'un exercice de concertation au sein du comité régional. Il vise à poursuivre la consolidation de l'approche intersectorielle et à bonifier l'offre de service et les interventions en cette matière. Le plan comporte une cinquantaine d'actions ciblées.

En 2008-2009, quatre CSSS de la région ont reçu la formation « centre désigné », afin de s'assurer des modalités lors de l'accueil des victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence et de besoin de soins sur le plan médical et social. La tournée de formation prévue auprès des sept CSSS de la région est maintenant terminée. Les CSSS doivent maintenant adopter un protocole d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle. Cette mesure est requise afin de structurer et d'assurer une offre de service adéquate et de faire connaître les lieux désignés pour recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence.

La santé physique

1. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services d'urgence - santé physique
-----	-------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.9.1 Séjour moyen sur civière	11,53 heures	12 heures	13,48 heures
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	19,02	12 heures	22,78 heures
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,72 %	0 %	5,24 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	9,86 %	1 %	13,92 %

Commentaires

- 1.9.1 La cible régionale dépasse de peu la cible ministérielle. Le CSSS de Sept-Îles a maintenu sa performance sous les 12 heures (11,47). Le CSSS de Manicouagan a augmenté sa moyenne au-delà de la cible avec 16,97 heures. Des comités conjoints Agence - Établissement sont en place avec les deux CSSS. Il y a révision des plans d'action : le CSSS de Sept-Îles a déposé son plan, pour le CSSS de Manicouagan, le plan est à venir.
- 1.9.2 La cible régionale n'est pas atteinte. Le CSSS de Manicouagan a un résultat de 26,53 heures et le CSSS de Sept-Îles a un résultat de 19,38 heures.
- 1.9.3 La cible n'est pas atteinte et est en lien avec l'indicateur 1.9.1. Les mesures débutées avec les comités conjoints se poursuivent.
- 1.9.4 La cible n'est pas atteinte. Cet indicateur fait ressortir la préoccupation des lits de courte durée par des personnes en fin de soins actifs dans les CSSS. L'amélioration et l'adaptation des services aux personnes âgées est un objectif important à considérer afin d'avoir un impact sur les indicateurs de la salle d'urgence.

Le tableau ci-dessous présente les résultats des deux établissements concernés par ces indicateurs.

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE ET SÉJOUR DE 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE (%). RÉGION CÔTE-NORD, 2006-2007, 2007-2008 ET 2008-2009

Groupe d'âge	2006-2007		2007-2008		2008-2009	
	Cible	Résultat P-13	Cible	Résultat P-13	Cible	Résultat P-13
CSSS de Manicouagan						
Séjour moyen sur civière	12 heures	17,01 heures	12 heures	13,26 heures	12 heures	16,97 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,6 heures	22,57 heures	12 heures	18,66 heures	12 heures	26,53 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1 %	7,42 %	1 %	3,55 %	0 %	7,68 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,9 %	12,12 %	1 %	8,88 %	0 %	18,25 %
CSSS de Sept-Îles						
Séjour moyen sur civière	9,7 heures	10,92 heures	11 heures	10,69 heures	12 heures	11,47 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	14,5 heures	18,1 heures	12 heures	19,34 heures	12 heures	19,38 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1 %	3,62 %	1 %	3,8 %	0 %	3,83 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,9 %	11,09 %	1 %	10,75 %	0 %	9,98 %

FAITS SAILLANTS

Pour le CSSS de Manicouagan, la non-disponibilité de lits à l'unité de courte durée explique en partie la situation (lits occupés par des clients en attente d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)). L'arrivée de chirurgiens en 2008 a contribué à diminuer le nombre de lits accessibles à une clientèle diversifiée sur l'unité de chirurgie. Le projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement devrait aider l'établissement à améliorer sa performance.

Pour le CSSS de Sept-Îles, l'augmentation du nombre de personnes âgées sur le territoire contribue à diminuer la performance de l'urgence, pour la durée moyenne de séjour sur civière, pour les personnes âgées de 75 ans et plus. De plus, le peu de ressources en hébergement accentue l'occupation des lits de courte durée par des personnes âgées en perte d'autonomie.

L'augmentation de la clientèle de 75 ans et plus au Québec et sur la Côte-Nord amène un changement de vision de la situation. À l'automne 2008, un comité de direction des personnes âgées en perte d'autonomie avec la Direction nationale des urgences (DPAPA-DNU) a été mis sur pied par le MSSS avec un plan d'action qui vise, entre autres, à améliorer l'accès aux services de qualité avec le plus d'options possibles aux personnes âgées en perte d'autonomie. L'élaboration de mesures structurantes dans ce continuum devrait favoriser une meilleure gestion de la performance des salles d'urgence.

L'informatisation de toutes les salles d'urgence de la région a aussi été réalisée en 2008-2009. Ce système de gestion de l'urgence est un élément important des mesures structurantes proposées dans le plan d'action du MSSS.

2. SOINS PALLIATIFS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Soins palliatifs		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	277 usagers	271 usagers	288 usagers
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,39 interventions/ usager	16 interventions/ usager	17,2 interventions/ usager
Commentaires			
Les objectifs concernant le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile et le nombre moyen d'interventions qui leur est consenti ont été atteints en 2008-2009.			
En fait, une hausse des usagers de 4 % est observée par rapport à l'année dernière. De même, le nombre total d'interventions est passé de 4 263 à 4 954, ce qui représente une augmentation de 16,2 %.			

2.1 Politique en soins palliatifs de fin de vie

La construction de la maison de soins palliatifs, L'Élyme des sables, située à Sept-Îles, est terminée. La résidence a ouvert ses portes au début juillet 2009.

2.2 Lutte contre le cancer

En 2008-2009, le comité régional de la lutte contre le cancer s'est réuni à cinq reprises. Ce comité multidisciplinaire, qui a été formé en 2004, regroupe des représentants de chacun des réseaux locaux de santé et de services sociaux du territoire nord-côtier. Plus spécifiquement, son mandat est :

- De concevoir le « Programme régional de la lutte contre le cancer » à partir des orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC);
- De proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services qui existent et de combler les lacunes;
- D'assurer et de reconnaître la disponibilité de l'expertise selon les critères établis;
- De proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des bénévoles;
- D'évaluer les besoins de formation;
- De s'assurer de l'intégration des services afin de répondre aux besoins de la population et des individus;
- De proposer des mesures de résultats;
- De recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population.

Les principaux sujets abordés en 2008-2009 ont été :

- L'implantation du système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS);
- Le passeport en oncologie;
- La formation des intervenants en oncologie;
- La révision du Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 et l'élaboration d'un programme régional conforme aux orientations prioritaires 2008-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS;
- L'interdisciplinarité;
- Le suivi de la circulaire 2007-026 sur l'Avastin;
- Une présentation du Logiciel SyMO;
- Le dossier de l'uranium.

2.3 Dépistage du cancer du sein

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Dépistage du cancer du sein
-----	-----------------------------

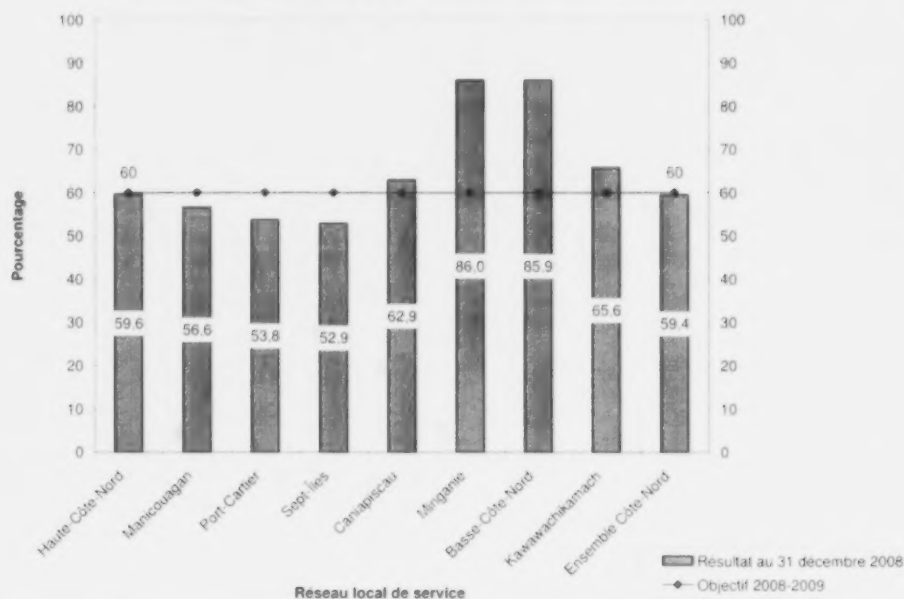
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.1.3 Taux de participation au PQDCS	58,8 %	60 %	59,4 %

Commentaires

Le taux de participation visé en 2008-2009 est pratiquement atteint. La figure ci-dessous démontre que, dans certains réseaux locaux de services, plus de huit femmes sur dix visées participent au programme. À terme, il est donc réaliste de penser que la région devrait atteindre le taux de participation visé par le programme, soit 70 %. En fait, on constate une hausse constante du taux de participation depuis quelques années (2005-2006 : 53,2 %; 2006-2007 : 56,08 %; 2007-2008 : 58,8 % et 2008-2009 : 59,4 %).

TAUX DE PARTICIPATION AU PQDCS DU 31 DÉCEMBRE 2006 AU 31 DÉCEMBRE 2008



FAITS SAILLANTS

Le PQDCS est un programme de prévention qui s'adresse aux femmes de 50 à 69 ans. Chaque femme reçoit une lettre d'invitation pour passer une mammographie de dépistage à tous les deux ans. Cette lettre, signée par un médecin, sert d'ordonnance médicale et est accompagnée de la liste des centres de dépistage désignés (CDD) de sa région pour qu'elle puisse prendre un rendez-vous. À la suite d'un résultat de mammographie normal, une lettre lui est envoyée dans les plus brefs délais et le rapport est acheminé à son médecin traitant. Par contre, si une anomalie est détectée, un médecin est avisé afin de prescrire des examens complémentaires; le tout s'effectuant dans les jours qui suivent. Dans chaque CDD, toutes les données sont inscrites au système d'information provincial (SI-PQDCS).

Le PQDCS a pour objectif de diminuer de 25 %, en dix ans, la mortalité causée par un cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Cette réduction est tributaire de la mise en place de certaines conditions très précises telles que des mécanismes de contrôle de la qualité et des taux de participation de la population visée par le programme. Au 31 décembre 2008, le taux de participation régional se situait à 59,4 %.

ORGANISATION RÉGIONALE

La coordination administrative du PQDCS est assurée par l'Agence. Trois CSSS sont des CDD, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles sont des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

Un service d'unité portative (SOPHIE), opéré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par le service d'unité mobile (CLARA).

En 2008-2009, nous avons sollicité la collaboration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent afin de diminuer les délais d'accès à la mammographie à Baie-Comeau. À cet effet, au CSSS de Manicouagan, au début décembre 2008, l'unité mobile (SARA) a effectué des mammographies à plus de 300 femmes.

3. CHIRURGIE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Chirurgie
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	39 (Med-Écho)	18	32 (Gestred)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	35 (Med-Écho)	34	72 (Gestred)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 247 (Med-Écho)	439	1 280 (Gestred)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	1 750 (Med-Écho)	2 008	2 654 (Gestred)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1 242 (Med-Écho)	1 627	1 243 (Gestred)
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	Non applicable	90 %	93,75 % (Gestred)
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	Non applicable	90 %	94,44 % (Gestred)
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	Non applicable	90 %	98,2 % (Gestred)

Commentaires
Les objectifs ont été atteints régionalement pour toutes les chirurgies, sauf pour les chirurgies avec hospitalisation. Ces résultats devront toutefois être validés par les données Med-Écho (données officielles) lorsque celles-ci seront rendues disponibles.
Il faut souligner l'écart important entre les cibles 2008-2009 et le nombre réel de chirurgies réalisées au regard des arthroplasties du genou et des chirurgies de la cataracte. Cela démontre les efforts soutenus tant de la part des médecins spécialistes que des gestionnaires, qui ont travaillé en partenariat afin d'atteindre les cibles visées et ainsi assurer l'accès aux services.

Commentaires (suite)

Les cibles ont toutes été atteintes au regard du délai d'accès :

- Plus de 90 % des patients en attente pour remplacement articulaire de la hanche ont été traités à l'intérieur du délai prescrit qui est de six mois;
- Plus de 90 % des patients en attente pour remplacement articulaire du genou ont été traités à l'intérieur du délai prescrit qui est de six mois;
- Plus de 90 % des patients en attente pour une chirurgie de la cataracte ont été traités à l'intérieur du délai prescrit qui est de six mois.

4. ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacements liés à cette politique se répartissent comme suit :

RÉPARTITION PAR CENTRE D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD - EXERCICE 2008-2009												
Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	392 165	1 008	82 943	450	4 398	8	233 774	3 352			713 280	4 818
CSSS de Manicouagan	415 508	855	119 659	797	606 959	690	902 502	12 151			2 044 628	14 493
CSSS de Port-Carlier	127 185	419	27 914	186	3 460	4	106 875	999			265 434	1 608
CSSS de Sept-Îles	468 372	545	86 747	621	115 688	145	319 325	2 966			990 132	4 277
CSSS de la Minganie	220 274	253	52 273	105	6 830	15	301 558	1 637	30 590	56	611 525	2 066
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 094 509	412	10 115	85	31 834	56	3 021 264	5 774			4 157 722	6 327
CSSS de l'Hématis	114 702	145			31 520	32	1 361 194	2 939			1 507 416	3 116
CLSC Naskapi									1 014 912	1 228	1 014 912	1 228
CPRCN	2 027	127									2 027	127
TOTAL	2 834 742	3 764	379 651	2 244	800 689	950	6 246 492	29 818	1 045 502	1 284	11 307 076	38 060

RÉPARTITION PAR CENTRE D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD - EXERCICE 2007-2008												
Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements	Coût (\$)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	422 333	1 092	64 227	390	81 932	13	243 800	3 725			812 292	5 220
CSSS de Manicouagan	375 912	721	121 747	810	581 771	656	969 153	13 509			2 048 583	15 696
CSSS de Port-Carlier	135 028	447	30 630	200	13 748	14	92 927	862			272 333	1 523
CSSS de Sept-Îles	510 592	546	72 817	604	133 943	146	315 182	2 986			1 032 534	4 282
CSSS de la Minganie	201 781	269	51 026	112	26 996	28	255 478	1 481	41 385	70	577 666	1 960
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 067 997	354	13 010	32	37 500	45	3 237 481	5 744			4 355 988	6 175
CSSS de l'Hématis	100 552	102			19 800	22	1 149 441	2 701			1 269 793	2 825
CLSC Naskapi									974 608	1 221	974 608	1 221
CPRCN	1 949	102									1 949	102
TOTAL	2 816 144	3 633	353 457	2 148	895 690	924	6 264 462	31 008	1 015 993	1 291	11 345 746	39 004

5. GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE

Les quatre GMF implantés dans la région regroupent 26 778 clients, dont 33 % d'entre eux sont inscrits en tant que clientèle vulnérable (personnes souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires sévères, l'insuffisance cardiaque).

Un projet pour l'implantation d'un GMF en Haute-Côte-Nord est en élaboration.

Ville	Nom	Nombre de médecins partenaires	Statut des inscriptions au 31 mars 2009 et ratio de clientèles vulnérables
Havre-Saint-Pierre	GMF de la Minganie	9	4 032 (29 %)
Sept-Îles	GMF Vents et Marées	16	12 837 (32 %)
Port-Cartier	GMF Horizon Santé	6	4 040 (34 %)
Baie-Comeau	GMF Boréal	7	5 869 (36 %)
TOTAL CÔTE-NORD			26 778 (33 %)

La population de la Côte-Nord étant de 92 964 personnes, nous constatons que 28,8 % de celle-ci bénéficie des services d'un GMF.

6. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'Agence est responsable d'organiser et d'assurer la gestion des services préhospitaliers d'urgence dans la région, ce qui implique notamment l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers et des premiers répondants. L'Agence doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ). Sur la Côte-Nord, 23 véhicules, répartis dans douze zones ambulancières, permettent de répondre aux appels de la population et des établissements de santé du territoire.

FAITS SAILLANTS

Voici les faits saillants qui se dégagent de l'année 2008-2009.

- Un total de 8 458 personnes ont été transportées par ambulance sur la Côte-Nord en 2008-2009, ce qui représente une légère diminution de 6 % par rapport à l'année précédente.
- Dans les zones urbaines, il y a eu une baisse du nombre de transports par ambulance. La zone de Sept-Îles a connu la diminution la plus significative, soit près de 9 % (- 257) alors que Baie-Comeau et Port-Cartier ont subi une légère baisse, soit 2 % et 6 % par rapport à l'année passée.
- Dans les zones plus rurales, deux secteurs ont enregistré des augmentations, soit Fermont avec une hausse de 65 % (+ 53) et la Basse-Côte-Nord avec 6 % (+ 15). Pour les secteurs de Schefferville et des Escoumins, il y a eu des baisses assez importantes de 23 % (- 39) et de 20 % (- 117). Le nombre de transports dans les autres zones rurales est demeuré relativement stable.
- Cette année, 73 techniciens ambulanciers paramédics (TAP) ont reçu de la formation sur différents sujets, tels que les nouveaux protocoles d'intervention (PICTA), la mise à jour des connaissances sur les douleurs et traumatismes thoraciques, la gestion de scène de triage lors d'accidents majeurs impliquant plusieurs

véhicules et la prévention des agressions. Ces formations ont été offertes à 27 % des TAP rendus disponibles par leurs employeurs.

- À Baie-Comeau, le projet pilote de transformation des horaires de faction en horaires à l'heure, dont la durée prévue est d'une année, a débuté le 29 septembre 2008. Il vise l'amélioration du temps de réponse avec des véhicules en déploiement dynamique positionnés en trois points d'attente. Des gains réels en temps de réponse pour les priorités les plus urgentes (1) ont été enregistrés, soit de 7 minutes 53 secondes pour le secteur est et 5 minutes 23 secondes pour le secteur ouest. Le processus d'évaluation de ce projet sera effectué par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) à compter de juin 2009. L'Agence évalue la possibilité de modifier le service à Sept-Îles également si le projet pilote est concluant.
- L'entreprise Ambulance Manic fait face à un problème de recrutement et de rétention du personnel. Ce service, localisé à Manic-5 à 225 km au nord de Baie-Comeau sur la route 389, effectue en moyenne entre 20 et 25 transports par année. Les TAP de ce territoire demandent d'obtenir les mêmes primes que les zones de parcs pour leurs déplacements et repas, alors que le MSSS considère cette zone comme un territoire isolé qui ne bénéficie d'aucun avantage particulier. Un comité interministériel sur les services d'urgence en milieu isolé a été mis en place en 2008 par le ministère de la Sécurité publique, auquel est associé la Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence du MSSS. Les recommandations de ce comité sont attendues ultérieurement.
- La Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la Basse-Côte-Nord, qui gère les services de premiers répondants « rôle élargi »¹ des municipalités isolées du territoire (Port-Menier, Kegaska, Chevery, Harrington Harbour, La Tabatière, Tête-à-la-Baleine et St-Augustin), existe depuis plusieurs années. Cependant, en 2008-2009, elle a vécu sa première année d'implantation avec des premiers répondants permanents dans chacun des villages. Son budget est passé d'un montant de plus 120 000 \$ en 2007-2008 avec des ressources pratiquement bénévoles, à plus de 600 000 \$ avec du personnel régulier. L'année a été marquée par l'embauche du personnel administratif et de 21 premiers répondants, l'organisation de leurs formations, la structuration des interventions, l'organisation des services, la location de locaux pour les véhicules et l'achat d'équipements. Ces services ont répondu à 180 demandes du milieu et du réseau en 2008-2009.
- Les services de premiers répondants des municipalités de Tadoussac, Longue-Rive, Pointe-aux-Outardes et Godbout ont répondu à 92 appels cette année. Par contre, trois municipalités ont mis fin à ce type de service cette année, soit Forestville, Godbout et Longue-Rive. Cependant, pour cette dernière, un nouveau service est en phase d'implantation, depuis décembre 2008, cette fois avec des citoyens bénévoles comme dans la plupart des autres municipalités du Québec.

REVENUS ET DÉPENSES DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

- Les revenus, qui proviennent presque en totalité de la subvention du MSSS (85 %) et des revenus autonomes (14,5 %) que font les entreprises lorsqu'elles facturent les transports en ambulance aux citoyens de la région, ont été de 10 852 435 \$, soit une augmentation de 6,6 % par rapport à l'année précédente. La subvention du MSSS a augmenté de plus de 9 %, en raison, en bonne partie, du projet pilote avec des horaires à l'heure à Baie-Comeau. Les revenus autonomes des entreprises ont baissé légèrement de 3 % comparativement à 2007-2008.

1. L'appellation premiers répondants « rôle élargi » vient du fait que ces ressources stabilisent le patient et le transportent avec un véhicule d'urgence sur des territoires non reliés par la route (île d'Anticosti et Basse-Côte-Nord), alors que les premiers répondants, selon la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, n'effectuent pas le transport de patients.

- Les dépenses ont été de 11 445 759 \$ cette année, soit une augmentation significative de 14 % par rapport à l'année précédente. De ces dépenses, un montant de 8 279 227 \$ a été attribué par l'Agence aux entreprises ambulancières pour transporter des personnes blessées ou des patients par ambulance afin de recevoir des soins et des services dans le réseau ainsi qu'un montant de 1 572 907 \$ qui a été versé par les usagers et les établissements pour utiliser ces services. Les autres dépenses (1 473 859 \$) ont été effectuées principalement pour la formation des TAP, l'assurance qualité, l'augmentation importante du budget pour les services de premiers répondants « rôle élargi » pour les territoires isolés, les autres services premiers répondants, le programme d'administration des médicaments aux patients, les communications par radio ou par satellite, l'achat d'équipements et de matériel, etc.

NOMBRE DE TRANSPORTS AMBULANCIERS SUR LA CÔTE-NORD		
Compagnie ambulancière	2008-2009	2007-2008
Ambulance Sacré-Cœur (Zone 900 - Sacré-Cœur)	190	207
Ambulances Côte-Nord (Zone 901 - Les Escoumins)	493	610
Ambulances Côte-Nord (Zone 902 - Forestville)	743	805
Ambulances Côte-Nord (Zone 903 - Baie-Comeau)	2572	2 624
Ambulance Manic (Zone 904 - Manic-5)	14	21
Ambulance Baie-Trinité (Zone 905 - Baie-Trinité)	112	119
Ambulance Sept-Îles (Zone 906 - Port-Cartier)	656	701
Ambulance Sept-Îles (Zone 907 - Sept-Îles)	2683	2 940
Ambulance Boudreau (Zone 909 - Minganie)	481	492
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la Basse-Côte-Nord (Zone 912 - Blanc-Sablon)	252	237
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	134	81
Services ambulanciers Porlier (Zone 915 - Schefferville)	128	167
TOTAL	8 458	9 004

7. DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un dossier de santé électronique qui permettra principalement aux médecins, infirmières et pharmaciens de consulter et transmettre, de façon simple et rapide, des informations pertinentes concernant l'état de santé de leurs patients. Il contiendra des informations de base et complètera, sans les remplacer, les dossiers conservés dans les établissements de santé, les cliniques médicales et les pharmacies.

Il sera principalement alimenté par les systèmes d'information déjà en place, tels que celui des laboratoires, de l'imagerie diagnostique et des pharmacies.

Le DSQ est en fait un portefeuille de projets ayant comme objectif de soutenir le continuum de soins et de services en facilitant la circulation et le partage d'information, tout en assurant un très haut niveau de sécurité quant à la confidentialité de l'information. Ce projet d'envergure sera réalisé à la suite des investissements provenant d'Inforoute Santé Canada et du gouvernement du Québec.

En 2007, des rencontres de sensibilisation ont eu lieu avec les décideurs de la région et l'équipe de mise en œuvre du MSSS, ce qui a résulté en un engagement formel de la région à procéder à l'implantation du DSQ.

Afin de réaliser le DSQ, des projets régionaux préalables sont requis :

- Index patient maître (IPM) : L'index patient maître est à la base du DSQ et permettra d'identifier de façon unique un usager quel que soit l'endroit où il se présente pour recevoir des soins. À terme, les données d'identification d'un usager contenues dans différents dossiers répartis dans plusieurs établissements du réseau seront appareillées avec celles du registre des usagers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

En 2008-2009, ce projet a pris un tournant plus concret sur le plan local avec l'appariement des données avec celles de la RAMQ. Les travaux sont en cours dans tous les CSSS afin d'arriver à intégrer le numéro d'identification unique (NIU) délivré par la RAMQ. Ce projet est sous la gouverne du DSQ et l'Agence est maître d'œuvre des travaux.

- Imagerie médicale - PACS (Picture, archiving and communication system) : Ce projet consiste à rendre numériques toutes les images produites en radiologie et médecine nucléaire et à les entreposer avec une copie du rapport afin qu'elles puissent être consultées à distance par les professionnels. En 2008-2009, chaque établissement a constitué son équipe locale de projet et procédé aux travaux préparatoires requis pour le déploiement de la nouvelle technologie prévu à la fin 2009 et au début 2010. Ce projet est sous la gouverne du DSQ et la solution retenue est uniforme pour l'ensemble du territoire du RUIS de l'Université Laval (RUIS-UL). L'Agence est maître d'œuvre des travaux sur son territoire et travaille en étroite collaboration avec le bureau de projet du MSSS.

TÉLÉSANTÉ

Le projet de télépathologie, identifié comme un projet prioritaire pour le RUIS-UL dans son plan de déploiement de la télésanté, est en phase de réalisation. Ce projet vise le développement de services de pathologie à distance, tant sur le plan clinique que sur le plan de l'enseignement. À terme, il permettra notamment d'offrir un soutien diagnostique aux centres partenaires des centres hospitaliers universitaires (CHU) en manque d'effectifs en pathologie. Il sera également possible d'offrir un service de téléconsultation entre pathologistes, chirurgiens ou cliniciens. Le projet est développé avec un souci d'abord de régionalisation des services avec autonomie régionale et, si nécessaire, de collaboration suprarégionale.

En 2008, un comité d'experts regroupant 17 pathologistes a travaillé sur l'évaluation des technologies et un guide de protocoles cliniques. L'appel d'offres pour la technologie a été réalisé à l'automne 2008. Des essais comparatifs (clinique et technique) avec les soumissionnaires ont été entrepris avec la participation de pathologistes, d'ingénieurs biomédicaux, de technologues et de l'AETMIS.

D'autres projets du plan de déploiement de la télésanté du RUIS-UL sont en attente de l'accord du MSSS pour leur réalisation :

- Le télé-enseignement ou la téléformation;
- La télépsychiatrie;
- La télécardiologie adulte;
- La téléoncologie;
- La téléreadaptation;
- La clinique des plaies complexes;
- Les télésoins à domicile;
- L'implantation du « céduteur » ou du « planificateur-intégrateur » (gestion informatisée de la télésanté).

Le MSSS a confié la gouverne de l'ensemble des projets de télésanté à l'équipe du DSQ.

La perte d'autonomie liée au vieillissement

1. SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services dans la communauté - perte d'autonomie liée au vieillissement
-----	------------------------------------------------------------------------

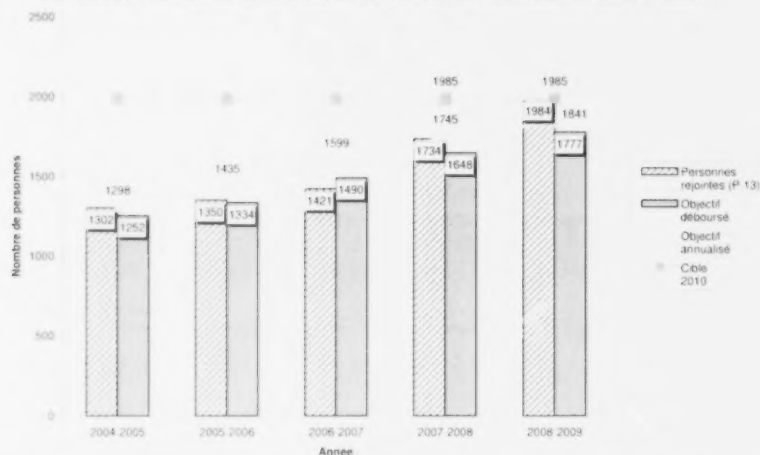
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1 734 personnes	1 777 personnes	1 984 personnes
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	32,69 interventions/personne	24,4 interventions/personne	28,51 interventions/personne

Commentaires

L'objectif a largement été dépassé en ce qui a trait au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes par des services de soutien à domicile. En fait, le nombre de personnes desservies en 2008-2009 atteint le niveau attendu au 31 mars 2010, soit 1 985 personnes. La figure ci-dessous témoigne de l'effet des investissements au cours des dernières années au regard de l'augmentation de la clientèle. Ainsi, depuis 2004-2005, le nombre d'utilisateurs s'est accru de 52,4 %. Par ailleurs, le nombre moyen d'interventions a diminué par rapport à l'année dernière. Essentiellement, cela s'explique par le fait que les interventions réalisées dans le cadre du projet novateur (nouvelle formule d'hébergement pour les personnes nécessitant un nombre important d'interventions) ne sont plus comptabilisées. Le résultat obtenu pour l'intensité de services dépasse toutefois l'objectif convenu entre l'Agence et le MSSS ainsi que la cible 2010.

NOMBRE DE PERSONNES EN Perte D'AUTONOMIE AYANT REÇU DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DISPENSÉS PAR LES CSSS (MISSION CLSC) ET INVESTISSEMENTS, 2004 À 2009



2. SERVICES EN CHSLD

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.		
Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,97 heures/ jour-présence	2,94 heures/ jour-présence	3,06 heures/ jour-présence
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25 heure/ jour-présence	0,25 heure/ jour-présence	0,23 heure/ jour-présence
Commentaires			
Les objectifs poursuivis en 2008-2009 au regard des heures travaillées dans les CHSLD ont été atteints pour les soins infirmiers et d'assistance. Quant aux services professionnels, le résultat est inférieur à l'objectif poursuivi. La pénurie de professionnels explique en grande partie la baisse du résultat pour un établissement et, pour un autre, une mauvaise saisie des données pour la période de 2005 à 2008. À préciser toutefois que le résultat pour l'année 2008-2009 correspond à la cible ministérielle pour l'année 2010.			

3. FAITS SAILLANTS

3.1 Amélioration des services en CHSLD

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord a reçu cette année l'équipe ministérielle de visite d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie institutionnels. À la suite de cette visite et en suivi aux recommandations énoncées par l'équipe d'appréciation, l'établissement a élaboré un plan d'amélioration visant à assurer et à accroître la qualité de vie des résidents dans ce milieu d'hébergement. L'Agence soutient l'établissement dans l'application des mesures d'amélioration proposées.

Depuis 2004, neuf installations de type CHSLD sur onze ont reçu la visite de l'équipe ministérielle. Trois d'entre elles ont réalisé plus de 80 % des recommandations du plan d'intervention.

Le MSSS offre des programmes de formation destinés à l'ensemble du personnel dans le but de soutenir les établissements dans les changements de pratique qu'amène l'approche de qualité en milieu de vie et de s'assurer que le réseau bénéficie d'un personnel ayant les compétences afin de faire face aux réalités actuelles des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. En 2008-2009, trois établissements ont organisé de la formation sur l'approche relationnelle en milieu de vie et l'ensemble des établissements ont présenté, pour les trois prochaines années, leur plan de formation pour les préposés aux bénéficiaires.

À la suite de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, le ministère de la Famille et des Aînés - Secrétariat aux aînés (MFA-SA) et le MSSS ont reçu le mandat, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), de mettre de l'avant un programme d'amélioration de l'alimentation dans les CHSLD. En mars 2008, le gouvernement annonçait une enveloppe de trois millions de dollars par année pour une période de trois ans pour le développement de ce programme. Il a été convenu que le MSSS assumerait la

responsabilité et la coordination du programme et que le MFA-SA collaborerait à sa définition ainsi qu'à l'analyse des projets. En mars 2009, le MSSS informait l'Agence que la région recevrait 165 992 \$ dans le cadre de ce programme.

3.2 Plan d'action régional

SERVICES DE PRÉVENTION

- Implanter des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile.

L'information est présentée dans la section consacrée à la santé publique à la page 67.

- Mettre en place une table multisectorielle par territoire.

Un mandat de concertation locale est donné à ces tables et s'étendra à l'ensemble des préoccupations concernant les aînés sur leur territoire dont, entre autres, les mesures à mettre en place visant à contrer les abus, la violence et l'exploitation financière envers les aînés.

À cet égard, l'Agence soutient l'implantation et le fonctionnement de tables locales multisectorielles dans chacun des réseaux locaux des services des CSSS. Ces derniers sont à compléter la mise en place de ces tables. Notons qu'elles sont déjà actives au sein de deux territoires.

RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

- Soutenir l'implantation du réseau de services intégrés pour personnes âgées dans les établissements.

Un réseau de services intégrés pour des personnes âgées en perte d'autonomie vise à améliorer l'accès entre les soins de santé et les services sociaux ainsi qu'avec les services offerts dans les cabinets privés de médecins et par les groupes communautaires.

Le MSSS a évalué au plan provincial l'implantation des réseaux de services intégrés, et les établissements de la région se situent à un niveau équivalent à celui de la province. Un plan d'action régional a été développé et l'implantation devrait être terminée à la fin 2010.

On constate que 70 % des personnes vivant avec des maladies chroniques sont des personnes âgées de plus de 65 ans. C'est pourquoi l'Agence a retenu comme priorité régionale le développement de services intégrés pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou en perte d'autonomie liée au vieillissement. L'intégration des services destinés à ces deux groupes permettra de faire une économie de ressources et d'augmenter la performance tout en évitant la duplication. Cela contribuera également à accélérer la mise en place des intervenants pivots (gestionnaires de cas) et du guichet d'accès pour ces clientèles. Des crédits de développement ont été accordés aux CSSS de Sept-Îles et de la Minganie leur permettant d'actualiser l'intégration des services pour ces deux clientèles.

PROCHES AIDANTS

En 2008-2009, l'Agence a investi dans un nouveau programme de répit-accompagnement pour les proches aidants vivant avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes. Les établissements travaillent en collaboration avec la Société Alzheimer de la Côte-Nord et les coopératives d'économie sociale pour convenir des modalités de fonctionnement des services pour les proches aidants.

3.3 Ressources d'hébergement non institutionnelles

Cinq projets pour les personnes âgées sont en émergence à des degrés divers sur la Côte-Nord. Les projets touchent particulièrement les municipalités suivantes : Forestville, Ragueneau, Baie-Comeau, Havre-Saint-Pierre et Natashquan. Ces ressources éviteront aux aînés d'avoir recours à l'hébergement institutionnel de façon prématurée. Il est acquis que le développement de logements adaptés aux besoins des aînés dans une municipalité contribue à les maintenir dans leur environnement auquel ils sont déjà habitués et intégrés.

3.4 Résidences privées pour personnes âgées

Le processus de certification qui, initialement, devait se terminer en février 2009 a été prolongé jusqu'au 30 juin 2009. À ce jour, le Conseil québécois de l'agrément, mandaté par le MSSS pour effectuer les vérifications de conformité, a visité la totalité des treize résidences pour personnes âgées de la région regroupant 294 unités de location. Cinq résidences ont franchi toutes les étapes pour l'obtention de leurs certificats de conformité et trois autres sont sur le point de le recevoir. Quant à celles qui restent, chacune sera jugée selon les motifs justifiant sa non-certification et pourrait être susceptible de se retrouver en situation d'infraction et passible de pénalités si elle poursuivait ses activités sans détenir de certificat. Un délai de grâce pourrait aussi être accordé par l'Agence pour lui permettre d'apporter les correctifs requis. L'Agence a le pouvoir de procéder à une inspection dans une résidence pour personnes âgées détenant un certificat de conformité pour s'assurer que les conditions d'obtention de ce certificat sont toujours bien remplies.

Par ailleurs, à la suite de la mise en vigueur du règlement sur la certification, la pertinence du programme Rose d'Or a été remise en question et a nécessité sa refonte complète. À cet effet, l'Agence a assuré à la FADOQ-région Côte-Nord, gestionnaire de ce programme, son soutien financier et sa collaboration aux travaux de révision ainsi qu'à l'implantation du programme remodelé dans la région. Le soutien financier s'est traduit par un montant de 9 250 \$ sur une base annuelle pour une durée de trois ans. Le programme qui changera d'appellation présentera en version améliorée des outils d'appréciation de la qualité des résidences et de la satisfaction des résidents. Il proposera également aux résidences, certifiées et en devenir, un accompagnement pour mettre en place une démarche d'amélioration continue de qualité.

3.5 Logement social

À la suite du lancement du cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social, l'Agence a offert aux établissements l'opportunité de déployer un projet par MRC. Deux demandes de projets ont été présentées et dédiées à une clientèle âgée, soit à Port-Cartier et Baie-Comeau. Les projets consistent essentiellement à mettre en place des activités de soutien en vue de faciliter l'intégration des personnes âgées dans leur lieu d'habitation, d'assurer leur stabilité résidentielle, d'améliorer leur qualité de vie et de briser leur isolement. Ils totalisent un investissement de 36 502 \$ de l'Agence.

3.6 Système régional d'admission

Bien que la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement soit décentralisée vers les établissements territoriaux depuis 2005, l'Agence continue à en assurer la coordination régionale et fournit trimestriellement des rapports statistiques au MSSS (le bilan pour l'année 2008-2009 apparaît dans les tableaux ci-dessous). L'Agence est aussi responsable de la coordination des demandes de transferts interrégionaux.

DEMANDE D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE				
2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
239	194	189	119	138

PERSONNES HÉBERGÉES AU 31 MARS					
Type de ressources	2005	2006	2007	2008	2009
CHSLD	371	380	387	387	386
Ressource intermédiaire	53	58	57	61	88
Résidence d'accueil	78	74	79	80	74
Formule novatrice d'hébergement			6	10	9
TOTAL	502	512	529	538	557

PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS					
Type de ressources	2005	2006	2007	2008	2009
CHSLD	37	40	36	41	42
Ressource intermédiaire	5	7	8	16	20
Résidence d'accueil	10	7	13	27	15
TOTAL	52	54	57	84	77

PERSONNES EN SOINS DE COURTE DURÉE EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE AU 31 MARS				
2005	2006	2007	2008	2009
25	26	20	40	27

HORS RÉGION ENTRE LE 1 ^{er} AVRIL 2008 ET LE 31 MARS 2009	
Personnes orientées hors région	13
Personnes en provenance de l'extérieur	3

La déficience physique

1. SOUTIEN À DOMICILE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Soutien à domicile - déficience physique
-----	------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	560 personnes	654 personnes	574 personnes
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	23,13 interventions/ personne	23,16 interventions/ personne	19,79 interventions/ personne

Commentaires
<p>Le MSSS a émis une note, au printemps 2007, pour signaler que, au cours des dernières années, certaines régions ont procédé à une épuration des données transmises dans le système I-CLSC, et ce, en appliquant de façon plus rigoureuse le cadre normatif. Cela a des conséquences à l'égard du seuil et de la cible annoncés pour cet indicateur. Ceux-ci ont été établis à partir du nombre de personnes desservies selon les données fournies par l'ensemble des régions du Québec pour l'année 2003-2004. Depuis cette date, et d'année en année, les régions ont mieux cerné la clientèle concernée par cet indicateur et, des 49 515 personnes identifiées à l'époque, on en dénombre 39 242 en 2008-2009 au plan provincial.</p> <p>Notre région a suivi la même tendance, ce qui fait que les résultats obtenus depuis 2006-2007 méritent d'être interprétés avec prudence et ne traduisent pas une baisse de l'offre de service. En effet, les mécanismes de reddition de comptes mis en place ainsi que les travaux effectués régionalement pour les services de soutien à domicile ont permis aux établissements d'harmoniser la collecte de données. Ainsi, étant donné que des clientèles ne répondant pas au profil de celles vivant avec une déficience physique ont été comptabilisées en 2004, les références de départ ont été nettement surévaluées. En 2004-2005, on relevait 835 personnes recevant des services de soutien à domicile, ce qui dépassait largement la cible 2010 d'offrir des services à 16,8 % de la population vivant avec une déficience physique, soit 690 personnes pour notre région.</p> <p>En 2006-2007, 654 personnes ont été desservies alors que 560 personnes l'ont été en 2007-2008, et 574 personnes en 2008-2009.</p> <p>En 2007-2008, on dénombrait 12 954 interventions, soit une moyenne de 23,13 interventions par personne, ce qui est au-delà de la cible 2010 qui se situe à 21,47. Au 31 mars 2009, 11 364 interventions ont été offertes, ce qui traduit une intensité des services de 19,79 interventions en moyenne pour chaque usager. Ce résultat est attribuable à une diminution significative du nombre d'interventions au sein de trois établissements de la région malgré le maintien de leur nombre d'usagers. Un établissement a aussi connu un problème de saisie de données relié au fort roulement de personnel chez les auxiliaires familiales, portant le résultat en 2008-2009 à 13,02 interventions, comparativement à 18,83 l'an passé. Cette situation sera corrigée l'an prochain. Des absences temporaires de personnel expliquent aussi la baisse des interventions pour deux autres établissements.</p> <p>Soulignons enfin qu'il n'y a aucune liste d'attente pour ces services.</p>

2. SERVICES SPÉCIALISÉS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services spécialisés - déficience physique
-----	--------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés en réadaptation	626 personnes	773 personnes	574 personnes
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	263 personnes	283 personnes	258 personnes
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	13 personnes	25 personnes	34 personnes
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience du langage et de la parole recevant des services spécialisés de réadaptation	418 personnes	415 personnes	379 personnes
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 320 personnes	1 496 personnes	1 245 personnes

Commentaires
<p>Le résultat global obtenu en 2008-2009 est en deçà de la cible prévue dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009 et de la cible 2010 établie à 1 289 quant au nombre de personnes bénéficiant de services spécialisés de réadaptation. Une diminution du nombre de personnes rejointes est observée malgré le déploiement des activités d'intensification des services spécialisés dans les deux centres hospitaliers sous-régionaux, le développement partiel des services spécialisés de réadaptation en déficience auditive, la recherche de solutions en optométrie pour les secteurs ouest et est, l'achat de services professionnels afin de diminuer les listes d'attente ainsi que le développement d'un poste d'orthophoniste dans le secteur est en 2007-2008.</p> <p>Nous observons, à la lumière des résultats obtenus en 2008-2009, un écart très significatif quant à l'atteinte de l'intensité des services requis en termes d'heures de prestation moyennes par usager comparativement à la cible 2010 et au seuil requis dans trois types de déficiences, à savoir motrice, visuelle et langage-parole.</p> <p>Cette année, l'objectif régional n'est pas atteint pour le nombre de personnes à rejoindre de même que l'intensité, particulièrement en déficience visuelle, en raison de la non-disponibilité d'optométristes dans les deux secteurs couverts par le CPRCN. Des investissements ont été consentis par l'Agence en 2008-2009 afin de doter la région de deux plateaux techniques permettant de solutionner cette problématique.</p> <p>De plus, l'établissement a connu une carence de professionnels en déficience physique faisant en sorte que 32 % des postes de physiothérapeute sont dépourvus de titulaires ainsi que 42 % des postes d'ergothérapeute et 25 % des postes d'orthophoniste. L'absence de façon prolongée de ces professionnels a entraîné une diminution de la prise en charge de nouveaux cas. L'établissement a présenté à l'Agence un plan de main-d'œuvre établissant un diagnostic de la situation ainsi que des nouvelles modalités favorisant le recrutement et la rétention du personnel.</p> <p>L'intensité de service maintenue pour la clientèle en suivi respecte l'engagement de l'établissement pour les clients en déficience motrice et langage-parole.</p> <p>Les objectifs sont dépassés en déficience auditive pour le nombre de personnes rejointes ainsi que l'intensité de service offerte.</p>

3. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - PERSONNES HANDICAPÉES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Soutien à domicile - déficience physique		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	188 usagers	210 usagers	201 usagers
Commentaires			
La cible 2010, établie à 132 familles, est atteinte sur le plan régional. Le CSSS de l'Hématite n'atteindra pas la cible 2010 de 6,5 %, car il dessert 3,1 % de la population en 2008-2009. Cela traduit la réalité quant au faible volume de clientèle de personnes vivant des situations de handicap dans ce territoire.			
Il n'y a pas de liste d'attente pour ces services dans notre région.			

FAITS SAILLANTS

L'Agence poursuit les actions prévues dans un plan quinquennal afin d'amoindrir l'écart de salaire entre les employés du chèque emploi-service et ceux des entreprises d'économie sociale en aide domestique. Cette mesure vise à faciliter le recrutement de personnel et éviter le taux de roulement important qui, par conséquent, permet d'assurer à la personne vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement l'accès à des services de qualité.

Le rehaussement du taux horaire à 11 \$ du chèque emploi-service a été effectué selon la priorité établie par le MSSS en 2008-2009 pour un montant total de 63 867 \$ en déficience physique et de 92 898 \$ en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

4. FAITS SAILLANTS

4.1 Intensification des services spécialisés en déficience physique et unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

Un programme d'intensification des services de réadaptation par l'équipe du CPRCN en milieu hospitalier est offert depuis trois ans au CSSS de Manicouagan. Un projet similaire a débuté à Sept-Îles en décembre 2008 à la suite du recrutement d'un physiothérapeute venant compléter l'équipe. Ces deux projets sont transitoires et constituent l'embryon de la mise en place de deux URFI de huit places, l'une à Sept-Îles et l'autre à Baie-Comeau. Ce projet d'immobilisations constitue une priorité régionale de l'Agence depuis une décision du conseil d'administration entérinée en mars 2005.

À ce jour, certaines étapes du projet ont été franchies. L'Agence a reçu un avis de pertinence de la part du MSSS en octobre 2007, et les démarches se poursuivent afin d'apporter des précisions supplémentaires sur la clientèle qui sera admise en URFI. Le CPRCN a reçu la visite d'une équipe de la Corporation d'hébergement du Québec, en janvier 2009, dans ses points de service de Baie-Comeau et Sept-Îles. Des pourparlers ont lieu entre l'Agence et le MSSS afin de convenir des budgets de fonctionnement nécessaires. Au total, ce projet est estimé à 25 916 000 \$ et les coûts de fonctionnement à 2 807 000 \$.

4.2 Services d'audiologie pour l'est de la région et déficience auditive

L'offre de service en déficience auditive relève du CPRCN. Des services spécialisés ont été offerts à 34 personnes en 2008-2009. L'établissement a procédé à l'achat d'équipements audiologiques pour le secteur est de la Côte-Nord grâce à des crédits régionaux de 50 000 \$.

Un montant de 35 000 \$ récurrent a été versé à l'établissement en complémentarité avec l'engagement spécifique 2008-2010 conclu avec le CSSS de Sept-Îles pour des services d'audiologie de première ligne pour l'est de la région. Cela doit permettre de consolider les services de première ligne par le CSSS et de développer progressivement les services spécialisés de réadaptation en déficience auditive. Une entente est en voie d'être signée entre le CPRCN et le CSSS de Sept-Îles.

Une démarche d'harmonisation des services en audiologie dans le secteur ouest sera conduite au cours de l'année 2009-2010.

4.3 Développement de places d'hébergement

Le besoin de places d'hébergement permanent ainsi que de répit pour les personnes vivant avec des limitations physiques sévères a amené l'Agence à réaliser des travaux avec le milieu afin d'y répondre.

Six places en ressource intermédiaire ainsi qu'une place de répit ont été créées en juin 2007 en partenariat avec le Répit Richelieu, un organisme communautaire offrant du répit à Sept-Îles, et le CSSS de Sept-Îles pour répondre aux besoins d'hébergement d'une clientèle âgée de quinze à 25 ans vivant avec de multiples déficiences physiques. L'évaluation des besoins de la clientèle a été révisée l'an dernier par l'Agence afin de convenir du financement récurrent à compter de juin 2009.

Dans le secteur ouest de la Côte-Nord, des discussions se sont poursuivies en 2008-2009 entre le CSSS de Manicouagan et l'Agence afin d'explorer les capacités du milieu à développer une ressource non institutionnelle adaptée aux besoins d'une clientèle TCC ou vivant avec une déficience physique. Des travaux sont nécessaires afin de mieux cerner les besoins de cette clientèle.

4.4 Services en déficience visuelle

Le CPRCN a reçu un montant de 90 400 \$ de la réserve régionale en équipement médical en 2008-2009. Cela a permis l'installation d'un plateau technique en déficience visuelle à Baie-Comeau et contribué à stabiliser l'offre de service en optométrie à Sept-Îles.

La déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement

1. SOUTIEN À DOMICILE - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Soutien à domicile - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
-----	----------------------------------------------------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une DI ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.5.11 Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	251 personnes	260 personnes	242 personnes
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	10,47 interventions/personne	12,72 interventions/personne	11,77 interventions/personne

Commentaires
<p>En 2008-2009, la cible 2010, établie à 127 personnes, est amplement atteinte quant à la population desservie pour des services de soutien à domicile s'adressant aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ainsi que leur famille.</p> <p>Le résultat régional observé en 2008-2009 de 242 usagers se situe en deçà de l'objectif de 260 personnes, mais il se compare aux résultats obtenus en 2005-2006 et 2007-2008 de 243 et 248 personnes respectivement, ce qui semble confirmer l'hypothèse émise par un établissement d'une erreur dans la saisie de données pour les personnes desservies en 2006-2007 et qui aurait orienté la cible régionale de 260 personnes.</p> <p>Le nombre d'interventions au plan régional a connu une hausse de 9,74 % comparativement à l'an passé, ce qui porte le résultat à 11,77 interventions et nous rapproche de l'objectif régional de 12,72 interventions en moyenne par usager.</p> <p>L'effet de l'annualisation des investissements consentis en 2008-2009 auprès des établissements ayant le plus de difficulté à répondre au besoin requis en termes d'intensité devrait contribuer à l'atteinte de la cible 2010 établie à douze interventions.</p>

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	170 personnes	165 personnes	167 personnes

Commentaires
La cible 2010, établie à 129 familles, est amplement atteinte. Le nombre de familles rejointes de 167 se situe au-dessus de l'objectif régional 2008-2009.

FAITS SAILLANTS

Un montant de 17 000 \$ a été octroyé en 2008-2009 afin d'harmoniser l'offre de service dans la région à 12,72 interventions en moyenne par usager et d'augmenter les interventions dans les établissements en difficulté d'ici 2010.

2. SERVICES SPÉCIALISÉS - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services spécialisés - trouble envahissant du développement
-----	-------------------------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de TED en augmentant le nombre d'enfants desservis.
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de six ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	9 enfants	9 enfants	11 enfants
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de six ans	10,24 heures	20 heures	9,61 heures

Commentaires
Onze enfants ont bénéficié d'interventions comportementales intensives en 2008-2009, comparativement à neuf enfants l'an passé.
Toutefois, le nombre d'heures par semaine par enfant a chuté à 9,61 heures cette année, comparativement à 10,24 heures en 2007-2008 malgré l'ajout de nouveaux postes affectés à ce programme. L'analyse de la situation demandée par l'Agence au CPRCN démontre que les données statistiques n'ont pas toutes été saisies par les nouveaux professionnels et que des correctifs ont été apportés afin de régulariser la situation.
Par ailleurs, il importe de préciser que la diminution du nombre d'heures ne peut être attribuée à une baisse dans l'offre de service mais correspond plutôt à la capacité de l'enfant et de la famille de recevoir l'intensité visée par le programme.

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un TED en augmentant le nombre de personnes âgées de six ans ou plus desservies.
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.5.14 Nombre de personnes âgées de six ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	50 enfants	50 enfants	70 enfants

Commentaires
La cible régionale est amplement atteinte à la suite des investissements effectués pour des services professionnels depuis 2006-2007.
Il y a des cas en attente pour cet indicateur.

FAITS SAILLANTS

Le plan d'investissement 2008-2009 en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement a permis les développements suivants :

- Un rehaussement de l'offre des services spécialisés pour des interventions comportementales intensives auprès des enfants de moins de six ans en réponse à un accroissement de nouveaux cas diagnostiqués d'enfants présentant un TED en 2007-2008. Il s'agit de l'octroi d'un montant non récurrent de 26 667 \$.
- Un montant de 109 000 \$ récurrent a permis de financer un poste d'éducateur spécialisé à Baie-Comeau (52 000 \$) et un poste d'éducateur spécialisé à Sept-Îles (57 000 \$) rendus nécessaires pour le développement de deux nouvelles places pour des services spécialisés d'intervention comportementale intensive pour la région.

3. ACCÈS AUX SERVICES - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Un comité de gestion régional du plan d'accès, coordonné par l'Agence, a été formé en juillet 2008 à la suite de la nomination de gestionnaires d'accès d'établissement par les directions générales des CSSS et du CPRCN pour l'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Ces travaux ont mobilisé l'ensemble des gestionnaires d'accès des CSSS et du CPRCN dans l'analyse des forces et des faiblesses régionales relativement à l'accès, à la continuité et à l'identification d'objectifs d'amélioration et de la continuité. Un montant de 38 000 \$ a été réservé en 2008-2009 par l'Agence pour l'implantation des actions prioritaires de la région. Cette somme sera annualisée à 114 560 \$ par la suite. Après une première année d'activité, on constate une amélioration significative de l'accès à un premier service en centre de réadaptation pour la clientèle en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement qui était en attente. Au 30 avril 2009, 53 des 66 clients en attente pour des services spécialisés avaient été pris en charge.

Les jeunes en difficulté

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
-----	-------------------------------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1 954 jeunes et leur famille	2 041 jeunes et leur famille	1 861 jeunes et leur famille
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	5,73 interventions/jeune	6 interventions/jeune	6,79 interventions/jeune

Commentaires

Il est important ici de préciser que la cible ministérielle, ciblant 7,5 % des jeunes et leur famille qui devraient faire l'objet d'une intervention de la part de leur CSSS, pour la Côte-Nord, se chiffre à 1 335. Or, nous avons rejoint 1 861 jeunes et leur famille au cours de la dernière année, ce qui oscille autour de la moyenne des trois dernières années. Malgré une baisse du nombre de personnes rencontrées, nous assistons à une augmentation significative de l'intensité des services qui se traduit par une moyenne de 6,79 interventions par client et se rapproche de plus en plus de la cible ministérielle de sept interventions par client. Nous pensons que ces résultats témoignent des investissements accordés en première ligne au cours des dernières années et représentent la capacité de production réelle de nos établissements.

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE - JEUNES ET LEUR FAMILLE EN DIFFICULTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) dans un délai moyen d'attente de douze jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse	25,08 jours/ calendrier	18 jours/ calendrier	24,89 jours/ calendrier
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	38,58 jours excluant jeunes montagnais sur réserves	31,78 jours excluant jeunes montagnais sur réserves	31,27 jours excluant jeunes montagnais sur réserves
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	71,95 jours/ calendrier	26 jours/ calendrier	69,58 jours/ calendrier
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	7,72 autochtones exclus ou 12,63 autochtones inclus	7 placements/ 1 000 jeunes	6,37 autochtones exclus ou 14,86 autochtones inclus

Commentaires

Au cours des dernières années, le CPRCN a lentement progressé vers l'atteinte des objectifs et la tendance se maintient cette année. Toutefois, les résultats sont encore très loin des cibles ministérielles. Le principal facteur qui influence ces résultats demeure lié à la pénurie de main-d'œuvre. L'an dernier, des mesures ont été prises pour accroître le plan de postes en fonction de la moyenne d'absence anticipée d'une année à l'autre, et ce, sans compromettre l'équilibre financier de l'établissement, mais cette disposition à elle seule n'a pas suffi à corriger la situation. Nous avons demandé à la direction de déposer à l'Agence un plan de main-d'œuvre qui établirait le diagnostic de la situation et proposerait des mesures novatrices en matière de dotation, de soutien et de rétention du personnel. L'Agence a accordé en mars dernier une subvention non récurrente afin de soutenir l'établissement dans l'actualisation de ce plan de main-d'œuvre.

Nous anticipons que les mesures adoptées par ce plan devraient permettre de converger vers l'atteinte des cibles ministérielles au cours des prochaines années.

Plus spécifiquement, concernant l'indicateur 1.6.7, depuis deux ans, nous interrogeons la direction de l'établissement à l'égard de leur piètre performance concernant cet indicateur. Les dernières explications concernaient deux problématiques quant à la saisie de données, l'une lorsque les usagers reçoivent une ordonnance de la cour qui impose un suivi par un organisme de justice alternative et l'autre concernant le transfert d'information pour la prise en charge de la clientèle autochtone. Les gestionnaires responsables de ce dossier viennent de prendre des dispositions à cet effet et nous avons été en mesure d'en observer les résultats positifs dans les rapports de la dernière période de l'année.

Concernant l'indicateur relatif au taux de nouveaux placements en centre jeunesse, alors que la cible ministérielle est de sept placements par 1 000 jeunes, nous atteignons cette année le meilleur résultat des quatre dernières années avec 6,37. Nous pourrions nous réjouir de ces bons résultats, mais ceux-ci doivent être interprétés avec prudence. Les questions relatives à la disponibilité des ressources, leur éloignement géographique, la réponse à certains besoins spécifiques ont amené le Centre jeunesse à déposer à l'Agence une proposition de réorganisation de leur service de réadaptation qui sera analysée au cours des prochains mois. La réduction du taux de nouveaux placements ne doit pas être la résultante d'un manque d'accessibilité aux services.

Par ailleurs, le résultat lié au taux de placement est toutefois très différent lorsque l'on considère la clientèle autochtone qui vient doubler la cible ministérielle. Toutefois, rappelons que la façon de prévenir ou d'éviter le placement de jeunes en réadaptation en centre jeunesse consiste à améliorer l'offre de service de première ligne auprès de ces jeunes et de leur famille. Or, en cette matière, les services psychosociaux dispensés au sein des communautés autochtones relèvent de la juridiction des conseils de bande. Leur participation à nos mécanismes de concertation régionaux nous permet de les assurer de notre soutien pour l'implantation ou l'adaptation de leurs programmes, au besoin.

3. SERVICE D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE - JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

L'Agence a octroyé 73 000 \$ récurrents au CSSS de Sept-Îles afin de consolider son service d'intervention en situation de crise, appelé « Équinoxe ». Deux postes sont donc dédiés à ce programme sur ce territoire.

4. SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN CENTRE JEUNESSE - JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE

Une somme non récurrente de 87 627 \$ provenant de la Stratégie d'action jeunesse 2008-2009 a été versée au CPRCN, volet Centre jeunesse, pour la mise en place d'une équipe de deuxième niveau composée de professionnels pouvant assurer du soutien à l'ensemble des intervenants du Centre jeunesse afin de mieux répondre aux besoins des jeunes aux prises avec une problématique de santé mentale et prévenir les risques suicidaires, et ce, en collaboration avec les équipes de santé mentale (pédopsychiatrie) des CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles.

5. FAITS SAILLANTS

En mars 2008, l'Agence a mis sur pied un comité de concertation régional dédié au programme Famille-enfance-jeunesse (CCR-FEJ). Ce comité veille à l'harmonisation, la planification et la mise en œuvre de l'offre de service 2007-2012 adoptée par le MSSS pour cette clientèle. La dernière année aura permis aux représentants des établissements de s'approprier ce document et d'identifier les écarts existant entre les services attendus et ceux disponibles au sein de chacun des territoires de notre région. Cet exercice doit conduire à l'adoption d'orientations régionales par le conseil d'administration en 2009-2010.

5.1 Travailleur de rue

Pour l'année financière 2008-2009, l'Agence a consenti une somme de 56 000 \$ sur une base annualisée et 30 000 \$ sur une base déboursée afin de soutenir ce programme.

L'objectif général à atteindre pour les travailleurs de rue est d'accorder aux organismes responsables de la pratique du travail de rue une subvention annuelle de 35 000 \$, par travailleur de rue, pour un budget total requis de 245 000 \$. Il ne reste que 20 000 \$ récurrents à combler pour compléter le financement de cette mesure.

5.2 Maisons de jeunes

La Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 préconise des mesures axées sur l'amélioration de la santé, du bien-être des jeunes, de l'accroissement de leur présence dans la société et de leur insertion professionnelle sur le marché du travail.

Dans le but d'accroître la présence des jeunes dans la société, une des mesures choisies est la consolidation du réseau des maisons de jeunes au Québec, grâce à l'allocation d'une somme de cinq millions de dollars sur une période de trois ans. Un montant de 144 297 \$ a été consenti à l'Agence afin d'augmenter le budget de fonctionnement de plusieurs maisons de jeunes. De cette somme, 138 000 \$ ont été réservés pour rehausser le budget des maisons de jeunes dont les subventions sont les moins élevées.

De plus, un montant de 4 297 \$ a été réservé pour le projet intergénérationnel de la Maison des jeunes du Tonnerre de Rivière-au-Tonnerre et 2 000 \$ à la maison des jeunes L'Entre-Deux-Tourments de Natashquan.

Les dépendances

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - TOXICOMANIES

Dans la région, le mécanisme d'accès jeunesse est sous la responsabilité du Centre Le Canal. Les jeunes et leur famille peuvent toutefois faire une demande de service à l'accueil du CSSS de leur localité. Un travail de promotion du mécanisme d'accès jeunesse est à prévoir. En 2009, une journée de sensibilisation sur l'intervention de première ligne auprès d'une clientèle d'âge scolaire a eu lieu. Elle s'adressait aux différents intervenants œuvrant en jeunesse (centres jeunesse, milieux de la santé et de la réadaptation, milieux communautaires, milieux scolaires et Sûreté du Québec). Cette journée a permis de développer une cohérence dans les actions effectuées en prévention des dépendances auprès des jeunes. Annuellement, des rencontres seront organisées régionalement afin de favoriser le partenariat et la cohérence de ces différents milieux œuvrant auprès des jeunes.

2. JEU PATHOLOGIQUE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Jeu pathologique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	137 joueurs	137 joueurs	75 joueurs

Commentaires

L'objectif n'a pas été atteint en 2008-2009. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées pour expliquer ce résultat. Premièrement, l'implantation du nouveau programme informatique SIC-CRD (système d'information clientèle - centre de réadaptation en dépendances) peut biaiser les résultats, puisque les personnes rencontrées avant le 1^{er} avril 2008 n'étaient plus comptabilisées alors qu'elles l'étaient dans les rapports statistiques antérieurs. Deuxièmement, une partie de la baisse observée pourrait être attribuable à une diminution de la promotion des services auprès des partenaires. Une relance des activités de promotion est demandée à l'établissement. Soulignons toutefois qu'il n'y a aucune liste d'attente.

FAITS SAILLANTS

Pour la clientèle adulte, l'implantation du programme Alcochoix + dans les CSSS (pour la consommation d'alcool à risque) a débuté au cours de l'année 2009. En 2008, un comité de concertation régional sur les dépendances a été mis en place. Son mandat est d'établir des orientations régionales en lien avec celles ministérielles. En 2009, les orientations régionales sont en cours d'élaboration afin de soutenir les projets cliniques locaux de chacun des CSSS.

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs compulsifs sont réalisés par le Centre Le Canal. Pour l'année 2008-2009, 75 joueurs ont bénéficié des services externes. Ce résultat n'atteint pas les cibles ministérielles. Des travaux sont en cours afin de cerner les hypothèses expliquant cet écart. Les Nord-Côtiens ont accès à des services de traitement interne dans le cadre d'une entente de service avec la maison l'Odysée et, depuis février 2007, avec le Centre La Casa. Les proches du joueur peuvent également recevoir de l'aide auprès du Centre Le Canal.

La santé mentale

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services de première ligne - santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	952 usagers	1 024 usagers	1 114 usagers

Commentaires
<p>En ce qui a trait à cet indicateur, nous concluons l'exercice financier 2008-2009 avec un résultat de 1 114 usagers dépassant ainsi la cible prévue de 1 024. Il convient de souligner que nos résultats sont en progression constante depuis l'année 2006-2007.</p> <p>Cependant, pour atteindre la cible 2010, c'est 523 clients supplémentaires que le réseau de la santé et des services sociaux nord-côtier, par le biais de ses établissements, devrait voir pour les services de première ligne en santé mentale. Considérant l'ampleur de l'effort à consentir, nous avons effectué une démarche auprès des CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles afin qu'ils nous indiquent le réalisme de cette cible. Ces deux établissements mentionnent que cela leur semble irréaliste pour le moment, et ce, considérant notamment le fait qu'ils ne croient pas avoir le volume requis pour cet indicateur. Ils entrevoient que l'implantation des guichets d'accès fera potentiellement augmenter la clientèle. Présentement, le CSSS de Sept-Îles constitue le seul établissement ayant implanté son guichet, ce qui a eu des répercussions sur l'augmentation de la clientèle ayant bénéficié des services de première ligne.</p>

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services de deuxième ligne - santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	215 usagers	< 73 usagers	90 usagers

Commentaires
<p>Notre région termine avec un résultat de 90 usagers en attente de services de deuxième ligne depuis plus de 60 jours, ce qui est légèrement supérieur à la cible fixée pour 2008-2009, soit 73. Cependant, nous notons une amélioration substantielle de nos résultats puisque, depuis 2006-2007, nous avons toujours eu plus de 179 usagers en attente.</p> <p>Nous croyons que l'implantation des guichets d'accès viendra potentiellement améliorer nos résultats.</p>

3. SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services de crise et d'intégration dans la communauté - santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	<p>Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	51,23 personnes	130 personnes	70,77 personnes
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	S/O	S/O	S/O

Commentaires

Au cours des dernières années, nos résultats ont constamment progressé sans cependant atteindre l'engagement régional, le seuil ou encore la cible 2010. Nous avons investi à plusieurs reprises afin d'augmenter les effectifs dédiés à ce service et présentement nous avons le requis nécessaire pour répondre à l'engagement ainsi qu'à la cible 2010.

De plus, il faut également considérer que ce service n'est pas dispensé dans les trois territoires suivants : Basse-Côte-Nord, Hématite et Naskapi, et ce, considérant la dispersion géographique, l'absence presque totale de lieux de rencontre, la faible densité de population, etc.

Des démarches sont entreprises avec le Centre national d'excellence en santé mentale pour offrir de la formation et du soutien permettant de bonifier nos pratiques et d'augmenter nos résultats.

4. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Services d'urgence - santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	<p>Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	10,85 heures	12 heures	12,35 heures
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	1,82 %	1 %	3,52 %

Commentaires

En ce qui concerne ces deux indicateurs, nous n'atteignons pas les cibles 2008-2009. Deux explications peuvent sous-tendre les résultats, soit :

- Une modification en lien avec l'observation des patients à l'urgence. Soulignons qu'une intervention a été effectuée afin de changer cette pratique.
- Une mauvaise codification de patients connus initialement pour une problématique de santé mentale venant consulter pour leur santé physique et dont la catégorisation au système a été effectuée pour un trouble mental.

Il faut cependant noter que, pour l'indicateur 1.8.7, notre résultat de 12,35 se veut très près de la cible 2010, soit 12. De plus, il convient également de préciser qu'un comité a été mis en place afin d'identifier des pistes de solution avec un établissement permettant d'améliorer les résultats pour ces deux indicateurs.

5. FAITS SAILLANTS

5.1 Accès aux services de première ligne

Un montant de 37 950 \$ a été consenti au CSSS de Port-Cartier afin de consolider son offre de service de première ligne en santé mentale par l'ajout d'un demi-poste.

Également, une allocation de 34 500 \$ non récurrente a été versée au CSSS de Sept-Îles pour favoriser, notamment, l'implantation d'un guichet d'accès pour la clientèle en santé mentale. Soulignons que cette structure a vu le jour en novembre 2008 et a permis de faire augmenter le nombre de personnes ayant bénéficié des services de première ligne en santé mentale ainsi que de diminuer la liste d'attente pour les services de deuxième ligne.

5.2 Création d'un comité de travail régional santé mentale et suicide

En 2008-2009, l'Agence a créé et coordonné un comité dont le mandat vise à établir le portrait de l'offre de service pour le programme santé mentale et suicide par territoire de CSSS et à définir les orientations et priorités en termes de consolidation et de développement.

5.3 Création d'un comité de travail pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

L'Agence a mis en place un groupe de travail dédié à la problématique du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Ce comité travaille présentement à la rédaction d'un plan d'action régional relatif au TDAH.

5.4 Formation P-38

L'Agence a organisé des sessions de formation au regard de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38). Ces activités s'adressaient plus particulièrement aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et ont permis, notamment, la mise à jour des connaissances. D'autres activités découleront de cette formation en lien avec l'évaluation de la dangerosité.

La santé publique

1. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Le service de prévention et promotion de la santé s'est investi dans l'accompagnement d'expertise auprès des chantiers de développement social qui se sont donné comme orientation de développer les saines habitudes de vie dans le cadre du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

Des rencontres d'information portant sur la Stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé (SIPPS) sont en cours avec les gestionnaires des CSSS. Chaque établissement a nommé un agent de prévention et promotion de la santé qui est responsable d'actualiser le plan d'action sur les saines habitudes de vie.

1.1 Saines habitudes de vie (0-5-30)

TABAGISME (0)

Prévention

Le programme provincial « La gang allumée, pour une vie sans fumée » a suscité un certain nombre de projets, mais seulement deux d'entre eux, réalisés dans des écoles secondaires, ont fait l'objet d'une subvention pour un montant total de 400 \$. Le projet de la Maison des jeunes de Sept-Îles, présenté dans le cadre du concours « Allume ton artiste », fait partie des six projets gagnants sur le plan provincial.

Cessation

- Centre d'abandon du tabagisme (CAT) : Les services de cessation tabagique en CSSS ont permis de rejoindre 313 fumeurs, soit 301 en rencontres individuelles et douze en interventions de groupe. L'objectif régional était de 349 fumeurs : quatre CAT ont dépassé leur objectif local (CSSS de Manicouagan, de Port-Cartier, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite) et trois ne l'ont pas atteint (CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles et de la Minganie).
- Défi « J'arrête, j'y gagne! » : Pour une deuxième année consécutive, la région de la Côte-Nord a remporté la coupe de bronze du défi « J'arrête, j'y gagne! ». Ce prix d'excellence récompense le taux de participation régionale. Ce sont 329 fumeurs de notre région qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines, soit du 1^{er} mars au 11 avril 2009. Cette année, 56 % d'entre eux étaient accompagnés d'une marraine ou d'un parrain non fumeur et 44 % s'étaient inscrits en duo (deux fumeurs qui s'entraidaient). La participation des femmes était supérieure à celle des hommes (62 % comparativement à 38 %). L'âge moyen du fumeur était de 40 ans. Cette année, seize jeunes âgés de 19 ans et moins, 103 jeunes adultes âgés de 20 à 34 ans, 174 adultes âgés de 35 à 54 ans et 36 adultes de plus de 55 ans ont relevé le défi de six semaines. Depuis l'année 2000, un total de 4 412 Nord-Côtiers ont participé au défi « J'arrête, j'y gagne! ».

Protection

Une campagne d'information sur les risques reliés à l'exposition à la fumée de tabac secondaire à la maison a été réalisée à l'automne 2008. Cette campagne « Pas de boucan dans ma cabane », initiée dans le cadre du programme Famille sans fumée, visait à rappeler particulièrement aux parents de jeunes enfants qu'il n'y a aucun niveau d'exposition qui soit sécuritaire. Treize centres de la petite enfance (CPE) et huit garderies privées ont collaboré à la diffusion de l'information auprès de leurs parents utilisateurs. C'est la famille Pouliot-Gallienne de Moisie qui a été déclarée la « Famille sans fumée », de l'année 2008, par Acti-Menu.

FRUITS ET LÉGUMES (5)

Défi Santé 5/30

Le Défi Santé 5/30 a attiré 2 241 Nord-Côtiers qui sont passés à l'action en adoptant deux habitudes significatives pour leur santé : consommer cinq portions de fruits et légumes par jour et faire 30 minutes d'activité physique au moins pendant cinq jours par semaine. Ce nombre représente une augmentation de 49,7 % par rapport aux 1 496 inscriptions de 2008. Le Défi Santé 5/30 a attiré majoritairement plus de femmes que d'hommes (72 % comparativement à 28 %). L'âge moyen du participant était de 36 ans. Cette année, les enfants (douze ans et moins) et les adolescents (treize à 17 ans) représentaient respectivement 19 % et 9 % des participants. Les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans et les adultes de 35 ans et plus contribuaient pour 20 % et 52 % du nombre total des inscriptions. Près du quart des participants se retrouvaient dans les 190 familles inscrites au défi et près de 10 % des participants faisaient partie des 127 équipes inscrites. Cette participation des familles confirme la volonté des parents d'offrir à leurs enfants l'occasion de développer, dans le plaisir, de saines habitudes de vie et de grandir dans un environnement facilitant les choix santé. Les inscriptions en équipe démontrent un intérêt pour relever le défi avec le soutien et les encouragements de coéquipiers.

Campagne « Fruits et légumes en vedette »

L'événement « Fruits et légumes en vedette » se tient en mars dans le cadre du mois de la nutrition. Il a pour objectif de soutenir la création d'environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie et vise à augmenter l'offre de fruits et de légumes dans les mets offerts au restaurant. Cette année, 22 restaurants et deux cafétérias ont participé à cette initiative dans la région.

Rallye sur la Côte

Dans le cadre du mois de la nutrition, le regroupement des diététistes et nutritionnistes, en collaboration avec Kino-Québec, a initié le projet « Rallye sur la Côte ». Cette activité, destinée principalement aux employés du réseau de la santé, visait l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et la pratique d'activités physiques. En tout, quatorze établissements (CSSS, centres de santé innus, centres d'action bénévole et l'Agence) ont participé, incitant pas moins de 456 personnes à parcourir virtuellement, en six semaines (du 2 mars au 12 avril), les 1 200 kilomètres qui séparent Sacré-Cœur à Blanc-Sablon. En équipe, chaque participant comptabilisait sa consommation de fruits et légumes et sa pratique d'activités physiques (en minutes) pour ensuite les convertir en kilomètres de marche. Une carte, en format géant, de la Côte-Nord permettait aux équipes d'afficher leur progression.

Promotion des saines habitudes de vie

Dans le but de sensibiliser la population nord-côtière à l'importance d'adopter un mode de vie sain et actif, le service de prévention et de promotion de la santé a initié un projet de promotion des saines habitudes comprenant deux volets :

- Campagne promotionnelle ciblée pour la clientèle masculine;
- Activités « Clés en main » de promotion des saines habitudes alimentaires pour les clientèles à risque.

Les moyens seront identifiés au cours de l'année avec les organismes communautaires concernés.

ACTIVITÉ PHYSIQUE/KINO-QUÉBEC (30)

Vingt et une municipalités ont répondu à l'appel en proposant 45 activités différentes sur divers sites. Au cours du festival « Plaisirs d'hiver ». Afin de soutenir ces initiatives qui offrent l'opportunité aux citoyens d'être actifs durant cette période, près de 2 000 \$ ont été distribués. De nombreux objets promotionnels ont été offerts par Kino-Québec et 26 paires de raquettes à neige haut de gamme ont été remises parmi les participants aux diverses activités. L'édition 2009 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 22 écoles de la Côte-Nord qui ont mis en action les jeunes dans le cadre des cours d'éducation physique ou lors de journées spéciales. Les enseignants qui proposaient une activité se voyaient remettre un magnétique de « Plaisirs d'hiver » pour chaque élève.

Dans le cadre de « Rendez-vous d'automne », une campagne faisant la promotion de la marche à l'automne, une saison propice à cette activité, a été combinée à la Journée nationale du sport et de l'activité physique du 10 octobre. Quatre municipalités se sont donc partagé 10 000 \$ pour mettre sur pied des activités visant à faire bouger leur population. Havre-Saint-Pierre, Sept-Îles, Baie-Comeau et Sacré-Cœur ont donc proposé différents concepts qui ont impliqué tout près de 2 000 personnes.

Pour l'édition 2009 du concours « École Active », huit écoles ont présenté des projets touchant les saines habitudes de vie. Ces projets devaient favoriser la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école, l'achat de matériel à caractère sportif ou, encore, favoriser une saine alimentation. Cinq des huit projets ont reçu du financement.

L'édition 2009 du « Défi Basket » a mis en action au-delà de 6 533 jeunes de la maternelle au secondaire dans 45 écoles de la Côte-Nord. Un certificat authentifiant la participation de même qu'une chance de remporter 500 \$ étaient offerts à chaque école relevant le défi. Les élèves pouvaient aussi remporter des prix, gracieusement de Kino-Québec, l'Unité régionale Loisir et Sport (URLS) et l'Association régionale du sport étudiant (ARSE).

Pour la troisième année, le partenariat avec l'ARSE se poursuit. L'objectif est d'encourager les écoles dans la participation au défi « Moi, j'croque », un concours régional au cours duquel les écoles primaires de la région invitent leurs élèves et membres du personnel à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Kino-Québec a remis, gracieusement, la trousse à 40 écoles primaires de la Côte-Nord.

La poursuite du partenariat avec l'ARSE, dans les écoles de la Côte-Nord, permet aussi une relance et un suivi aux écoles quant au programme Iso-Actif. Il s'agit d'un programme de valorisation pour stimuler le degré d'engagement des écoles dans la lutte à la sédentarité chez les jeunes. Pour l'année 2008-2009, 42 écoles se sont jointes au mouvement.

Du côté de la clientèle aînée, quatre formations ont été dispensées afin de promouvoir la trousse « Viactive double action », un guide d'exercices produit par Kino-Québec. Les organismes intéressés pouvaient recevoir une formation ou une mise à jour de leurs animateurs *Viactive*. Tout près de 20 nouveaux animateurs ont été formés en 2008-2009 dans différentes MRC de la région par le conseiller Kino-Québec.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire, qui s'inscrivent dans les stratégies de développement social et de développement des communautés, quatorze projets ont été appuyés financièrement pour un budget global de 71 029 \$. Voici la liste des projets subventionnés :

Territoire de CSSS	Projet	Promoteur	Subvention 2008-2009 (\$)
Haute-Côte-Nord	Nourris ton cerveau	Centre d'action bénévole Le Nordest	4 519
	Popote roulante	La popote roulante « Les Délices maison »	5 516
	À vos marques, prêt...cuisinez!	Comité action jeunesse des Escoumins	1 850
	Comment cuisiner et rester en santé « à petit prix »	Centre d'action bénévole Le Nordest	3 916
	Total		15 801
Manicouagan	Un esprit sain dans une boîte saine	Maison des jeunes La Boîte de Ragueneau	2 816
	L'héritage culinaire	Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	2 670
	Famille mieux nourrie, famille épanouie	Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	10 362
	Des femmes en santé!	Centre de femmes L'Étincelle	1 194
	Total		17 042
Port-Cartier	Qu'est-ce qu'on mange?	Maison de la Famille de Port-Cartier	6 246
	Total		6 246
Sept-Îles	Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	L'Envol - Maison de la famille	19 290
	Total		19 290
Minganie	Bien manger pour la santé!	La Maison du Tonnerre (Rivière-au-Tonnerre)	3 000
	Cuisinons à notre santé!	Les Douces Heures de l'Âge et CSSS de la Minganie (Natashquan)	1 482
	Une alimentation COOL	L'Entre-Deux-Tournants (Maison des jeunes de Natashquan)	1 872
	Total		6 354
Basse-Côte-Nord	To provide hot nutritious meals to the senior citizens aged 75 +, physically handicapped, and convalescence in the community of Chevery	Club des Citoyens Seniors de Chevery	6 296
	Total		6 296
Hémathite	AUCUN PROJET SOUMIS		
Naskapi	AUCUN PROJET SOUMIS		
GRAND TOTAL			71 029

1.2 Périnatalité

ALLAITEMENT MATERNEL

La promotion de l'allaitement maternel est une priorité sur tous les plans : international, national, provincial et régional.

En 2001, le MSSS publiait l'« Allaitement maternel au Québec : lignes directrices » avec comme objectif d'augmenter d'ici 2007, d'une part, le taux d'allaitement maternel à la sortie des services de maternité à 85 % et,

d'autre part, le taux de persistance à 70 % au deuxième mois, 60 % au quatrième mois, 50 % au sixième mois et à 20 % à un an de la vie de l'enfant.

Dans la région, deux organismes bénévoles soutiennent l'allaitement : « À la source » et « Aïmons-lait ». Ces organismes offrent un service d'information et de marraine d'allaitement. L'Agence a apporté un soutien financier de 24 000 \$ non récurrent pour les deux prochaines années, réparti dans l'ensemble des territoires de CSSS afin de rehausser la promotion, la protection et le soutien à l'allaitement.

En octobre 2008, dix professionnelles de la santé ont reçu une formation afin d'avoir les compétences pour offrir la formation de base proposée par le MSSS en matière d'allaitement. Pour le moment, deux CSSS ont débuté le déploiement de cette formation à leur personnel.

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ (SIPPE)

Le Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 (INSPQ, 2006) indique que la Côte-Nord présente un taux de grossesses à l'adolescence le plus élevé au Québec (taux annuel moyen de 25,7 pour 1 000 comparativement à 18,2 pour le Québec) après le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

En 2007-2008, le nombre de femmes nouvellement inscrites aux SIPPE s'élève à 67 (28 pour le volet jeunes parents et 39 pour le volet extrême pauvreté). Cinquante-quatre pour cent des interventions sont réalisées à domicile en période prénatale et près de 60 % en période postnatale. Une famille sur trois est rencontrée à toutes les deux semaines, entre la douzième semaine de grossesse et l'accouchement. Une famille sur trois est rencontrée à chaque semaine, entre la naissance et la sixième semaine de vie de l'enfant et près d'une famille sur cinq est rencontrée à toutes les deux semaines, entre la septième semaine et le douzième mois de vie de l'enfant.

ACCOUCHER LOIN DE SON MILIEU DE VIE

Pour l'exercice financier 2008-2009, l'Agence a attribué une somme de 69 400 \$ répartie entre trois CSSS. Les modalités retenues étaient d'offrir aux familles :

- Une allocation quotidienne de 65 \$ durant le séjour à l'extérieur du milieu de vie précédant l'accouchement;
- Le remboursement du billet d'avion du conjoint ou d'une personne significative², si l'établissement n'offre pas cette mesure à l'intérieur de sa politique locale des transports. Le conjoint d'une résidente de la Minganie ne peut se prévaloir du transport en avion, à l'exception des familles demeurant sur l'Île d'Anticosti.

En 2006, la Maison du Collectif ouvrait ses portes afin d'offrir un lieu d'hébergement aux femmes et à leur famille qui doivent se déplacer à Sept-Îles pour un accouchement. L'organisme offre notamment un lieu privé pour dormir, une cuisine entièrement équipée pour que chacun puisse préparer ses repas, un grand salon et des salles de bain. Les espaces publics permettent aussi aux familles de partager leur vécu, d'échanger et de sortir de leur isolement occasionné par le fait d'être loin de chez elles. Des intervenants sont disponibles et accompagnent les personnes, au besoin, dans leur cheminement vers la naissance de leur enfant ou pour l'hospitalisation de leur enfant.

2. Une personne âgée de moins de 18 ans ne peut être considérée comme une personne significative.

Plus qu'un lieu d'hébergement à prix modique, la Maison du Collectif offre un lieu chaleureux où la périnatalité s'intègre dans un continuum de santé avant, pendant et après la naissance. L'expertise acquise dans le passé, par le Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes, fait de ce lieu un endroit privilégié pour aborder des sujets comme l'attachement, l'allaitement et l'approche physiologique de la naissance.

En 2008-2009, l'Agence a poursuivi la consolidation financière de cet organisme.

1.3 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire **« École en santé »**

Dans le cadre de l'entente de complémentarités MSSS-MELS (axe prévention et promotion), coordonnée par la Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire (TRIPPS), voici les faits saillants à souligner.

APPROCHE « ÉCOLE EN SANTÉ »

- Au 31 mars 2009, 53 % des écoles nord-côtières avaient implanté l'approche « École en santé » à différents niveaux comparativement à 35 % pour l'ensemble du Québec.
- Une nouvelle cohorte d'accompagnateurs, composée des intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation, a été formée par les répondants régionaux qui assurent le soutien personnalisé dans les démarches du déploiement de l'approche.
- Une offre de formation adaptée a été élaborée pour les gestionnaires et les intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé et ses partenaires sur l'actualisation des meilleures pratiques en prévention et promotion à l'école, en lien avec d'autres mesures telles que la Stratégie d'intervention : Agir autrement, la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour un virage santé à l'école, le Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école, etc.

PROGRAMME VERS LE PACIFIQUE

Depuis cinq ans, le soutien au programme « Vers le Pacifique » s'est déployé, selon les besoins et réalités des milieux, en des investissements tant monétaires qu'humains.

Voici l'état de situation pour l'année 2008-2009 :

- 21 écoles appliquent les ateliers du programme et sept le font partiellement sur un total de 67 écoles primaires;
- Treize écoles ont mentionné un arrêt temporaire ou définitif.

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES JEUNES

Dans le cadre d'une concertation entre la Direction de santé publique et la Direction régionale du MELS, une formation a été dispensée à une vingtaine d'intervenants de la santé et de l'éducation sur la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité.

Au printemps dernier, la TRIPPS appuyait la mise en place d'un comité de travail MSSS-MELS pour soutenir le déploiement de l'éducation à la sexualité selon les nouvelles orientations. Son mandat sera de réaliser des situations d'apprentissage d'éducation à la sexualité, à l'intention des jeunes du primaire, en tenant compte des

meilleures pratiques de prévention et de promotion liées à ce domaine (dans le cadre de l'approche « École en santé ») et des concepts prescrits dans le cadre de certains domaines disciplinaires de l'école. Le début des travaux de ce comité est prévu pour septembre 2009 et s'inscrit dans le concept d'une planification collective. Les réalisations de ce comité de travail seront déployées, sur une base régionale, à toutes les commissions scolaires et aux CSSS de leur territoire. Un plan de formation pourra y être associé.

1.4 Santé dentaire

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

L'un des objectifs du service de santé dentaire, dans les CSSS de la région, est d'assurer l'accessibilité à ces services dans chacune des MRC. Les effectifs en hygiène dentaire sont maintenant quasi complets et le soutien professionnel a été assuré.

DEUX VOLETS

Programme « Clés en main »

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a complété la formation du programme « Clés en main ». Les services de prévention et promotion de la santé buccodentaire seront donc offerts à la clientèle en CHSLD.

Programme « Scellants »

Une session de formation a permis d'assurer, à toutes les hygiénistes dentaires, la compétence nécessaire à la mise en oeuvre de l'application des agents de scellement auprès de la clientèle scolaire de 2^e année. Des élèves de Havre-Saint-Pierre ont déjà reçu ces scellants et nous devrions faire de même en 2009-2010 pour les autres territoires de notre région.

1.5 Traumatismes non intentionnels

TRAUMATISMES ROUTIERS

La deuxième phase de la recherche portant sur la sécurité routière et le camionnage lourd en Côte-Nord s'est terminée à l'automne 2008. À la demande de la Table de concertation en sécurité routière de la Côte-Nord, cette étude fait le point sur les mesures d'intervention qui ont le potentiel de réduire le bilan nord-côtier des accidents graves et mortels impliquant des camions lourds. Le comité d'experts, composé à la fois d'organismes gouvernementaux (ministère des Transports du Québec, Sûreté du Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Société de l'assurance automobile du Québec, Contrôle routier et Direction de santé publique) et de l'industrie régionale du transport lourd (Transport Morneau et Transport Baie-Comeau), a analysé la capacité de mettre en place diverses mesures pour résoudre les problèmes observés. Les travaux du comité sur le camionnage et la sécurité routière en Côte-Nord ont consisté à identifier, analyser et sélectionner les mesures, et ce processus s'est déroulé en parallèle à deux autres activités : une revue de littérature et une enquête par questionnaire, adressées aux gestionnaires en sécurité de l'industrie du transport lourd de même qu'aux camionneurs de ces entreprises. La méthodologie de sélection des mesures priorise les interventions sur la base de l'efficacité reconnue et sur leur degré d'applicabilité dans le contexte nord-côtier. Les mesures choisies au terme du processus sont soit des projets régionaux qui impliquent les organismes siégeant sur le comité ou soit des avis et des recommandations adressés par la Table régionale de concertation à l'intention d'organismes

publics et privés. Chaque organisme siégeant sur le comité convient d'un ensemble de mesures qui pourront être déployées régionalement, à court ou moyen terme, dans le but d'assurer une meilleure cohabitation entre les véhicules lourds et légers ainsi qu'une sécurité accrue sur le réseau. Parmi les thèmes privilégiés, il y a l'amélioration continue du réseau routier, la formation des conducteurs (camionneurs et automobilistes), la conscientisation du public à la réalité du camionnage ainsi que la sensibilisation de l'industrie face aux difficultés que représente la conduite d'un véhicule lourd sur la Côte-Nord.

CHUTES CHEZ LES AÎNÉS

Une des activités réalisées dans le cadre de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile a consisté à l'accompagnement d'un groupe de professionnels du CSSS de Sept-Îles lors de l'élaboration de la Stratégie intégrée en prévention des chutes. Un montant de 5 000 \$ a été utilisé pour l'implantation du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) sous forme de projet pilote dans deux territoires de CSSS. Le CSSS de Sept-Îles a actualisé le programme PIED dès le début de 2009, tandis que le CSSS de Manicouagan procédera à la réalisation du projet pilote à l'automne 2009.

2. DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

La place que prend le Réseau des partenaires du développement social et du développement des communautés de la Côte-Nord est de plus en plus importante sur l'échiquier du développement régional. De nouveaux membres s'y associent, provenant notamment de municipalités et de communautés autochtones, des projets communs se développent, comme celui de se doter d'un dispositif de connaissance du développement des communautés à l'échelle de la Côte-Nord. De plus, l'Escale attend ses participants pour une 4^e édition les 15, 16 et 17 octobre 2009 en Haute-Côte-Nord.

À l'échelle territoriale, la Côte-Nord peut maintenant compter sur l'action de chantiers de développement social, partout où on retrouve des CSSS. Rappelons que ces chantiers sont des lieux de concertation, issus de la volonté de groupes du milieu où des activités sont développées visant l'animation du développement social sur le territoire. L'approche de développement social, qui rappelle que l'humain doit se retrouver au centre des préoccupations, est le fil conducteur de toute cette concertation.

STRATÉGIE RÉGIONALE CONCERTÉE POUR LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE, LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Pour répondre au besoin clairement identifié des communautés locales d'être accompagnées et soutenues dans leurs démarches de mobilisation de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et de promotion de saines habitudes de vie, les leaders régionaux ont convenu, le 15 décembre 2008, de la nécessité de signer une nouvelle entente administrative régionale. Afin de regrouper les ententes ayant des objectifs et des clientèles similaires, la Stratégie régionale concertée pour la promotion des saines habitudes de vie, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale remplace et bonifie l'entente entre la Conférence régionale des élus, l'Agence et le Forum jeunesse de septembre 2007. À ces trois partenaires initiaux, se sont donc ajoutés le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS), le MELS et le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT).

La Stratégie régionale concertée pour la promotion des saines habitudes de vie, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a pour but d'appuyer la concertation, la mobilisation et l'engagement des partenaires qui s'expriment sous la forme d'un leadership partagé pour faciliter la réalisation d'actions concertées et de projets

porteurs, régionaux et locaux, principalement auprès des jeunes de 0-35 ans et leur famille. Elle doit se réaliser dans une perspective de développement social et de développement des communautés puis s'inscrire dans l'approche territoriale intégrée. Elle assure une meilleure coordination des actions régionales afin de permettre une meilleure cohésion et complémentarité de leur accompagnement et du soutien financier pouvant être accordé aux projets locaux.

3. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols de même que du maintien sécuritaire de milieux habités.

La prévention des risques est également abordée lors des avis que la Direction de santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des incidences environnementales de différents projets soumis à des études d'impact, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

FAITS SAILLANTS

- Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant la marche au ralenti chez les transporteurs ainsi que la mise à jour de leur site Internet où une section « l'environnement et votre santé » y est intégrée.
- Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord pour garantir une qualité d'eau de consommation sans danger pour la santé humaine en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, sensibilisation des exploitants).
- Surveiller 119 dépassements de différentes normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique de l'eau de consommation de même qu'environ 35 avis d'ébullition de l'eau (incluant les avis préventifs).
- Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité et l'acceptabilité d'études d'impact environnemental se réalisant sur la Côte-Nord (projet de la rivière Romaine, mine du lac Bloom, les chutes à Thompson, la rivière Sheldrake).
- Assurer une réponse sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, amiante, déversement de carburant, exposition au CO) et extérieur (pollen, poussières) directement auprès des citoyens et organismes régionaux.
- Assurer une réponse pour les contaminations environnementales hors du commun (touladis portant une coloration bleue, Lac Mogridge, marée rouge, cyanobactéries).
- Maintenir la surveillance de 23 maladies à déclaration obligatoire (MADO) et assurer les enquêtes épidémiologiques lors de déclaration de huit MADO d'origine environnementale.
- Analyser trois modifications à des schémas d'aménagement ainsi que trois études d'impact environnemental.
- Participer et collaborer à plusieurs comités nationaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux sur la santé de différents éléments, tels que les changements climatiques, les cyanobactéries, les modifications à différentes lois ayant un impact sur la protection de la santé, etc.

- Participer et collaborer à différents comités régionaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiens (érosion des berges, développement des bleuetières, Table environnement Côte-Nord, problématique des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)).
- Diffusion d'un article dans le bulletin *La santé recherchée* en collaboration avec les chercheurs de l'INSPQ sur la gestion du risque d'érosion des berges sur la Côte-Nord et ses impacts sur la santé.
- Coordonner la distribution régionale de différents dépliants de sensibilisation aux problématiques de santé environnementale sur la Côte-Nord (les cyanobactéries, l'exposition au monoxyde de carbone et la qualité des eaux récréatives).
- Collaborer à la révision du Plan d'action régional en santé environnementale en réalisant un portrait de santé environnementale basé sur la définition et l'évaluation de la problématique des risques environnementaux sur la Côte-Nord.

4. SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2008, 293 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 494 entreprises potentiellement à desservir³.

En 2008, le plan d'organisation a été modifié afin de créer une seule équipe locale de santé au travail qui dessert les sept territoires de la région. Le CSSS de Sept-Îles est le mandataire de cette équipe locale. Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

ACTIVITÉS DE BASE DU PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL RÉALISÉES DANS LES ENTREPRISES DE LA RÉGION	
Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	7
Élaboration de programmes de santé	2
Mise à jour de programmes de santé	25
Total	34
Intervention générale	27
Ergonomie	13
Soutien à l'organisation santé et sécurité au travail (SST)	26
Surveillance environnementale	43
Surveillance médicale	33
Formation/Information	68
Premiers secours et premiers soins	119
Total	329
GRAND TOTAL	363*

* Ces activités ont été réalisées dans 208 entreprises différentes.

3. Les ententes de gestion signées avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'année 2008 limitent les interventions du réseau public de santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

En plus des activités de base, les intervenants du réseau de la santé au travail ont effectué en 2008 :

- 587 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- 18 enquêtes sur les MADO;
- Huit demandes de service qui proviennent des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en main leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le service de santé au travail a publié au cours de l'année trois éditions du bulletin *Santé en têtes* à l'intention des travailleurs et des entreprises de la région. Par ailleurs, des formations de base en santé au travail ont été élaborées et dispensées aux intervenants de l'équipe locale du CSSS de Sept-Îles. Chaque intervenant aura ainsi reçu l'équivalent de 18 jours de formation de base.

5. MALADIES INFECTIEUSES

5.1 Maladies à déclaration obligatoire et autres signalements

Au cours de l'année 2008, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré 370 MADO d'origine infectieuse comparativement à 395 en 2007. La chlamydie génitale représente 73 % des MADO déclarées (annexe C).

FAITS SAILLANTS

Maladies entériques

- Le nombre de cas de maladies entériques a légèrement augmenté depuis 2007. Ces maladies représentaient 11,5 % des MADO en 2007 comparativement à 13,7 % en 2008. Depuis trois ans, la salmonellose, les infections à campylobacter et la giardiase sont les plus fréquentes.
- Quatre cas isolés d'*Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine ont également été déclarés. Les enquêtes épidémiologiques réalisées n'ont pas permis de trouver les sources de l'infection.
- Trois cas d'hépatite A ont été déclarés en 2008 dont un est survenu chez une travailleuse en garderie. Cette situation a nécessité l'administration d'un vaccin contre l'hépatite A à 80 enfants et 25 employés.

Maladies évitables par la vaccination

- Infection invasive à pneumocoque : Douze cas ont été déclarés, dont un seul âgé de moins de cinq ans. L'instauration, en décembre 2004, du programme de vaccination contre le pneumocoque chez les enfants de moins de cinq ans est probablement responsable du recul de ces infections dans ce groupe d'âge.
- Infection invasive à méningocoque : Comme l'an dernier, un seul cas d'infection à méningocoque de sérogroupe B a été déclaré en 2008. Il s'agit d'un enfant de cinq mois, atteint d'une méningite. Dix-huit contacts étroits ont reçu un traitement préventif. La vaccination n'a pas été offerte puisqu'il n'existe aucun vaccin offrant une protection contre le sérogroupe B.

- Infection invasive à *Haemophilus influenzae* : Quatre cas (dont trois de type b) ont été déclarés chez trois enfants âgés de moins de cinq ans et un adulte.
- Coqueluche : Quatre cas ont été déclarés en 2008 (dont trois dans une même famille) comparativement à un seul cas en 2007. L'un d'entre eux était âgé de un mois.

Autres MADO

- Tuberculose : Trois cas ont été déclarés. L'un d'entre eux est relié à l'éclosion de tuberculose survenue à Maliotenam au cours de l'hiver 2007. L'intervention de santé publique a été réalisée auprès de 122 contacts étroits et un traitement préventif à l'INH a été recommandé à certains d'entre eux.
- Infection invasive à streptocoque du groupe A : Cinq cas ont été déclarés chez des adultes. Quatre d'entre eux ont présenté une infection grave nécessitant l'administration d'un traitement préventif aux contacts étroits.

Éclosions

- Gastroentérite virale : Deux éclosions de gastroentérite virale ont été signalées à la Direction de santé publique dont l'une dans un milieu de soins de longue durée et l'autre dans un milieu de soins de courte durée.
- Diarrhée associée au *Clostridium difficile* : Deux éclosions se sont produites dans deux établissements de courte durée différents touchant respectivement six et deux patients. La mise en place diligente des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) par les équipes en place a permis de circonscrire rapidement ces éclosions. Notons que la souche NAP 1 (North American Pulsovar 1) n'a toujours pas été identifiée dans la région. Il s'agit d'une souche hypervirulente, responsable de complications importantes et d'un taux de mortalité élevé.

Morsures animales

- En 2008, la Direction de santé publique a reçu 60 signalements de morsures animales, ce qui représente une diminution de 15,5 % avec l'an dernier. La majorité des morsures (97 %) ont été causées par des animaux domestiques. Une marmotte et un vison ont été impliqués dans les autres incidents. Une prophylaxie post-exposition a été recommandée à quatorze personnes (dix adultes et quatre enfants) à la suite de l'analyse du risque d'exposition à la rage animale. Dans deux événements, les animaux ont fait l'objet d'une analyse de laboratoire et les résultats se sont avérés négatifs pour le virus de la rage.

Contamine-Action

- Au cours de l'année, le service des maladies infectieuses a produit et publié trois bulletins d'information *Contamine-Action* destinés à un public spécialisé du réseau de la santé et des services sociaux.

5.2 Infections transmissibles sexuellement et par le sang

FAITS SAILLANTS

- Sur le plan régional, le nombre de cas de chlamydiose génitale est passé de 304 cas en 2007 à 269 en 2008. Contrairement à ce qui a été observé depuis 2005, le nombre de cas déclarés chez les autochtones a diminué en 2008 (49,2 % en 2005, 50,2 % en 2006, 55 % en 2007 et 45,7 % en 2008). Pour l'ensemble du

territoire, le taux de cette infection transmissible sexuellement reste sous-estimé puisque plusieurs personnes qui consultent bénéficient d'un traitement sans avoir subi de dépistage.

- À l'instar du Québec, le nombre de cas d'infection gonococcique est en augmentation sur la Côte-Nord. Alors qu'aucun cas de gonorrhée n'avait été rapporté en 2006, cinq cas ont été déclarés en 2007 (dont trois résistances fluoroquinolones) et sept en 2008 (aucune résistance aux fluoroquinolones).

5.3 Vaccination

PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LE VPH ET CONTRE L'HÉPATITE B

L'année scolaire 2008-2009 a été marquée par l'implantation du nouveau programme de vaccination contre le VPH chez les filles de la 4^e année du primaire et de 3^e secondaire, et la modification du programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire où deux doses de vaccin Twinrix (hépatite A et B) sont administrées comparativement à trois doses de Recombivax HB (hépatite B). Sur la Côte-Nord, les établissements vaccinateurs ont également choisi d'offrir en 2008-2009 des activités de rattrapage en milieu scolaire pour les filles de 4^e et 5^e secondaire. Une subvention de 99 200 \$ a été octroyée aux CSSS pour les soutenir dans leurs activités.

COUVERTURE VACCINALE

Près de 95 % des enfants âgés de deux ans ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation sauf pour la varicelle où 89 % des jeunes sont protégés contre la maladie. Rappelons que l'objectif visé est de 95 %.

En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la 4^e année du primaire et de 3^e secondaire. Plus de 93 % de ces jeunes sont adéquatement vaccinés pour leur âge sauf pour la varicelle où 84 % des élèves sont protégés. Pour cette maladie, la proportion plus faible peut s'expliquer par le fait qu'il est difficile de comptabiliser le nombre d'élèves réceptifs à la maladie. En effet, on constate que plusieurs formulaires de consentement à la vaccination ne sont pas retournés aux infirmières par les parents des élèves.

À sa première année d'implantation, le programme de vaccination contre le VPH chez les filles a été un succès. En effet, 90 % des filles de la 4^e année du primaire et 93 % de celles fréquentant le 3^e, 4^e et 5^e secondaire ont reçu le vaccin gratuitement et de façon volontaire.

FORMATION

Une formation régionale en maladies infectieuses a rejoint plus d'une cinquantaine de participants (médecins et infirmières) provenant de tous les CSSS et communautés autochtones de la région. Des sujets tels que l'épidémiologie régionale des maladies à déclaration obligatoire, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, la prévention et le contrôle des infections ainsi que la vaccination ont été abordés.

CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

En 2008, la campagne de vaccination menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier a permis d'administrer près de 26 000 doses de vaccin contre l'influenza saisonnière. Les cliniques de vaccination de masse (sans rendez-vous) ayant fait leurs preuves depuis quelques années, les CSSS ont une fois de plus privilégié cette approche afin de rejoindre la population sur leur territoire. Une subvention de 118 185 \$ leur a été octroyée afin de les soutenir dans la réalisation de ces activités.

L'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 93,9 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée et 69,6 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année, comparativement à 91,2 % et 66,9 % l'an dernier. L'objectif visé est de 80 %.

5.4 Prévention et contrôle - infections nosocomiales

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Santé publique
-----	----------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.
----------------------------------	----------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 40 % (2/5)	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 100 % (5/5)	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 80 % (4/5)

Commentaires

Le rehaussement des ressources en PCI s'est poursuivi en 2008-2009 dans les CSSS périphériques de la Côte-Nord. La consolidation des postes permet de dépasser les ratios recommandés dans la région. Pour chaque établissement, un ratio global a été recommandé par la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) en fonction de critères précis dont la mission, la taille, la complexité des services offerts, le nombre d'installations et de points de service desservis. Les équipes locales peuvent dorénavant déployer les activités de PCI dans tous les secteurs de leur établissement, selon les besoins (à noter que seuls les deux CHSGS possèdent des lits de psychiatrie).

Au 31 mars 2009, un seul CSSS périphérique n'a pas rehaussé le poste d'infirmière en PCI tel qu'il a été convenu à l'entente de gestion et d'imputabilité. Il s'agit du CSSS de la Haute-Côte-Nord, accusant des problèmes d'organisation interne. Le financement prévu n'a donc pas été octroyé et un suivi rigoureux a été demandé à l'établissement.

Le développement d'une culture de PCI débute par une organisation de services efficace et efficiente dans tous les CSSS. Une surveillance étroite du dossier est assurée par la Direction de santé publique, notamment par l'intermédiaire de la TRPIN. Au cours des trois réunions tenues en 2008-2009, la Table a entre autres :

- Élaboré un plan d'action en PCI et recommandé son implantation dans tous les CSSS de la région;
- Recommandé à l'Agence de réserver une proportion du budget des immobilisations aux priorités identifiées par le service de PCI;
- Suivi la progression de l'installation des chambres d'isolement respiratoire dans les CSSS (à ce jour, tous les établissements nord-côtiers sont dotés d'au moins une chambre à pression négative, sauf le CSSS de la Haute-Côte-Nord et le CSSS de Port-Cartier);
- Recommandé la création d'un sous-comité régional en hygiène et salubrité;
- Amorcé une réflexion sur les indicateurs à retenir dans le tableau de bord régional.

Par ailleurs, la Direction de santé publique continue de suivre et de soutenir, au besoin, les travaux entourant l'élaboration des programmes locaux de PCI et la mise sur pied des comités de prévention des infections dans les CSSS de la région.

Axe		Prévention et contrôle - infections nosocomiales		
Objectifs de résultats 2005-2010		Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
Indicateur		Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
2.2.2 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	30,77 %	100 %	19 % (P-11)
	Catégorisation	23,08 %	100 %	4,8 % (P-11)
	Accord responsable	7,69 %	100 %	19,1 % (P-11)
	Accord au c/a	0 %	100 %	4,8 % (P-11)
	Désignation responsable	7,69 %	100 %	12,5 % (P-13)
Commentaires				
Une Table régionale en hygiène et salubrité sous la TRPIN agit afin de soutenir l'atteinte des objectifs.				
Les résultats de 2008-2009, par rapport à ceux observés en 2007-2008, sont difficilement comparables car la méthodologie a été modifiée.				

6. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

OBJECTIFS

Les activités de surveillance et d'évaluation réfèrent, d'une part, à la production et à la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique et, d'autre part, à une assistance conseil tant à l'interne qu'auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉSULTATS

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

- La diffusion de trois numéros du bulletin régional *La santé recherchée* :
 - Le diabète sur la Côte-Nord 1999-2000 à 2004-2005 (juin 2008);
 - L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2007 : Les premiers faits saillants nord-côtiers (septembre 2008);
 - Perspectives de la santé publique nord-côtière sur l'érosion des berges (par Geneviève Brisson; INSPQ, mars 2009).
- L'exploitation des principales données du recensement de 2006 de Statistique Canada en vue de la publication d'une compilation de tableaux (disponibilité restreinte au réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord seulement).
- La mise à jour de divers fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho, tumeurs, mortinaissances).
- La mise au point de programmes informatiques pour automatiser le calcul de taux standardisés directement à partir des fichiers des décès, du fichier des tumeurs ainsi que du fichier des admissions hospitalières (Med-Écho) afin de comparer la situation de la région et de ses réseaux locaux à celle du Québec.
- La mise à jour de diverses informations démographiques et sociosanitaires dont le portrait régional de santé et de bien-être et des portraits de santé et de bien-être des réseaux locaux.
- La gestion régionale du Programme de subventions en santé publique (PSSP) qui permet le financement d'études et d'analyses en santé publique.

L'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle

1. PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	Personnel du réseau et du Ministère
-----	-------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.
----------------------------------	-------------------------------------------------

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,83 %	7,37 %	8,14 % (P-12)
3.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	Nouveau	100 %	12,5 %
3.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	Nouveau	100 %	62,5 %

Commentaires

Indicateur 3.1 : Devant la problématique liée à la gestion de la présence au travail et devant l'incapacité pour la région de la Côte-Nord d'atteindre la cible fixée par le MSSS, les directeurs généraux des établissements ont mandaté la Table régionale des directeurs des ressources humaines pour analyser ce dossier et proposer des solutions appropriées.

L'équipe de SST-Réseau a également été mise à contribution afin de soutenir la région dans cette démarche. Ainsi, à l'exception du CLSC Naskapi, tous les établissements ont reçu la visite de l'équipe SST-Réseau dans le but de poser un diagnostic organisationnel et de proposer des pistes de solutions propres à chaque établissement. Toutes les recommandations découlant de ces rapports ont été prises en considération et, dans la mesure du possible, un suivi a été apporté.

De plus, la Table régionale des directeurs des ressources humaines a rédigé un plan d'action régional dans le but de soutenir les établissements en matière de gestion de la présence au travail. Les principales actions proposées sont les suivantes :

- Adhérer au projet de SST-Réseau sur le plan de l'approche « Entreprise en santé », proposé par le MSSS et son équipe.
- Doter la région de la Côte-Nord d'un bureau régional de santé. Cette approche permettra l'embauche d'une personne ressource spécialisée en gestion des invalidités et de la présence au travail. Par son expertise, cette personne pourra diriger et soutenir les établissements qui, à cause des ressources limitées, ne peuvent développer l'expertise nécessaire et gérer de manière optimale les absences au travail. Des sessions de formation en matière de gestion des absences au travail pourront également être offertes aux gestionnaires.
- Mandater une firme de médecins conseils pour l'évaluation de cas et les expertises médicales.

Sans être en mesure de donner des garanties formelles, nous sommes confiants que l'application de ces mesures permettra à notre région d'améliorer sa situation en matière d'assurance salaire, en autant que la pénurie de main-d'œuvre ne vienne pas annuler les efforts déployés avec ces mesures.

Indicateurs 3.2 et 3.3 : La Côte-Nord est aux prises avec une grave pénurie de main-d'œuvre dans la plupart des professions de la santé. Cette pénurie de main-d'œuvre, additionnée à la problématique des absences au travail (assurance salaire, congés sociaux et autres), oblige plusieurs établissements à recourir au temps supplémentaire et ou à la main-d'œuvre indépendante.

Tous les établissements ont été sensibilisés à cette problématique et un plan de réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante a été demandé à chaque établissement. De plus, nous avons adopté un plan d'action régional de planification de la main-d'œuvre en 2008. La Table régionale des directeurs des ressources humaines assure le suivi de ce plan. Parmi les pistes de solutions, nous y retrouvons :

- Promotion de la région de la Côte-Nord par un regroupement régional de différents organismes du milieu;
- Promotion des métiers de la santé auprès des jeunes et des établissements de l'éducation;
- Création de cohortes d'infirmières auxiliaires;
- Réorganisation du travail par le financement de divers projet.

2. MESURES DE CONTRÔLE

En décembre 2002, le MSSS lançait ses orientations ministérielles et un plan d'action relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques. Les établissements ont alors élaboré leur protocole d'utilisation des mesures de contrôle mettant en application les principes préconisés par les orientations. Également, un programme de formation ayant pour objectif de diminuer et de mieux encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de contention a été élaboré à l'intention des employés œuvrant auprès des clientèles en CHSLD, en centre hospitalier de soins psychiatriques, en centre hospitalier de soins de courte durée et des personnes hébergées ayant une déficience intellectuelle. Le MSSS finalise présentement un programme de formation d'agents multiplicateurs pour sensibiliser les intervenants du maintien à domicile à être vigilants sur l'utilisation des mesures de contrôle par les proches aidants. Depuis 2006, quatre professionnelles des établissements de la Côte-Nord sont devenues des formatrices régionales et ont formé d'autres formateurs pour agir comme agents multiplicateurs dans leur établissement respectif. Le plan de déploiement doit rejoindre, d'ici 2010, les médecins concernés et au moins 66 % du personnel ayant un rôle à jouer dans l'application des mesures de contrôle (infirmières, infirmières auxiliaires). En 2008-2009, quatre établissements ont offert de la formation à leur personnel.

3. QUALITÉ DES SERVICES ET TRAITEMENT DES PLAINTES

3.1 Qualité des services

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

En 2002, la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été modifiée par l'adoption du projet de loi 113. Ce projet modifie la prestation sécuritaire des soins et des services et la prévention des événements indésirables en milieux de soins et de services. Pour cela, un nouveau formulaire papier (AH-223) a été créé ainsi qu'une application Web du système d'information pour la sécurité des soins et des services (SISSS). Tel qu'il est prescrit, tous les établissements de la Côte-Nord utilisent le nouveau formulaire depuis le 1^{er} avril 2008. Ce dernier doit être rempli pour tout événement ou situation non souhaité, redouté ou indésirable qui a causé, ou aurait pu causer, des dommages à la santé des usagers ou de tiers.

En ce qui a trait à l'application informatique Web, celle-ci permettra de recueillir, traiter les données et de constituer les registres locaux et national. La solution Web permettra de fournir les rapports au comité de gestion des risques de chaque établissement et ainsi pouvoir mettre en place des mesures pour prévenir l'occurrence ou la répétition des incidents/accidents dans la prestation des soins et des services.

Afin de faciliter l'utilisation éventuelle de l'application Web du SISSS en 2009-2010, tous les gestionnaires de risques de la Côte-Nord ont été formés.

En février 2009, tous les gestionnaires de risques de la région se sont réunis pour mettre en commun les préoccupations de chacun, partager des outils, des façons de faire concernant le fonctionnement du comité de gestion des risques et discuter de l'implantation du nouveau formulaire de déclaration des incidents et accidents.

L'Agence a procédé, en 2008-2009, à l'analyse de tous les rapports annuels des établissements. Les thèmes relatifs à la qualité occupent une place de plus en plus importante dans ce rapport. L'Agence considère que ce type d'examen renvoie à une double perspective : d'une part, assurer la qualité en vérifiant la présence et le

fonctionnement des mécanismes de la gestion de la qualité et, d'autre part, participer au développement continu de la qualité en soutenant les efforts des établissements.

AGRÈMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe compétente qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des normes qui renvoient aux meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, un organisme démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Cinq établissements de la Côte-Nord ont reçu la visite des organismes d'accréditation au cours de la dernière année. Les décisions anticipées sont pour trois CSSS, un refus d'agrément et pour les deux autres, un agrément avec condition.

L'Agence demeure positive quant aux résultats obtenus considérant qu'il s'agit, pour la plupart des établissements, d'une première participation à un processus d'évaluation externe aussi rigoureux. Tous les employés du réseau demeurent mobilisés dans le but d'atteindre l'objectif ultime d'améliorer la qualité des services et d'acquérir cette reconnaissance.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'enquête et fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2008-2009, nous avons entrepris les démarches suivantes :

- À la suite du rapport d'investigation du coroner Jean-François Dorval relativement à un décès survenu en mars 2008 à Rimouski, l'Agence de la Côte-Nord, comme toutes les agences du Québec, a été invitée à sensibiliser les responsables de résidences pour personnes âgées sur l'aspect dysphagie et les risques de décès qui y sont associés. Nous avons sollicité les comités de dysphagie des deux centres hospitaliers de notre territoire et une démarche est présentement en cours dans le but de produire et de diffuser un bulletin d'information adapté à notre région.
- À la suite du rapport d'investigation du coroner Éric Bigelow sur un décès survenu en décembre 2007 à Val-des-Monts, les directions de santé publique de chaque région du Québec ont reçu comme recommandation de diffuser pendant la saison hivernale des conseils de sécurité concernant le déneigement des abris temporaires en toile. À cet effet, l'Agence, en collaboration avec Kino-Québec, a diffusé un communiqué de presse décrivant les mesures de sécurité concernant le pelletage et les précautions pour le déneigement de certaines structures.
- Pour répondre à la recommandation du coroner Catherine Rudel-Tessier concernant le décès d'une cliente recevant des services de soutien à domicile, l'Agence a diffusé une lettre à tous les directeurs généraux des établissements de la Côte-Nord. Ce mot rappelait, notamment, qu'ils ont la responsabilité de garantir une offre de service à domicile de qualité dans le respect du plan de services ou du plan d'intervention individualisé élaboré avec la personne concernée et/ou ses proches aidants.

PRIX D'EXCELLENCE

Les prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont une tradition depuis plus de 25 ans. Le MSSS veut ainsi remercier de façon spéciale les personnes dont les réalisations améliorent de façon significative les services et les soins offerts à la population québécoise. Deux candidatures ont été transmises au jury national, soit celle soumise par le Centre de bénévolat Manicouagan pour la pièce de théâtre « Du soleil en automne » et celle de l'Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan pour sa mission globale. Malgré le fait qu'ils n'ont pas été récipiendaires, les deux organismes méritent notre reconnaissance pour le dynamisme et le dévouement dont ils font preuve envers la communauté.

3.2 Traitement des plaintes

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers.

Pour l'année 2008-2009, dans tous les établissements du réseau, 169 plaintes ont nécessité l'intervention des commissaires aux plaintes et à la qualité des services comparativement à 300 pour l'exercice précédent. Pour sa part, l'Agence a reçu douze plaintes, dont la majorité concerne les services préhospitaliers d'urgence.

La qualité des soins et des services dispensés (26 %), les relations humaines et communications (23 %) et l'accessibilité et la continuité des services (29 %) constituent les principaux motifs de plaintes. Comme par les années antérieures, le manque de médecins spécialistes dans la région combiné à la politique de subvention pour le déplacement des usagers hors région accroît l'insatisfaction des usagers. C'est la source d'un grand nombre d'insatisfactions exprimées aux commissaires, mais qui ne se traduisent pas nécessairement par une plainte formelle.

Le rapport annuel sur l'application de la procédure de traitement des plaintes de la région Côte-Nord permet aux usagers de prendre connaissance des activités des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement.

4. ADAPTATION DES SERVICES SELON LE SEXE

4.1 Condition de vie des femmes

En 2008-2009, le comité santé et bien-être des femmes de la Côte-Nord a poursuivi ses activités, selon la politique en matière de condition féminine, à partir d'un mandat révisé par le MSSS permettant de mieux répondre aux orientations ministérielles actuelles en matière de santé et de bien-être des femmes. Ses stratégies et ses objectifs sont d'intégrer les besoins des femmes à la planification régionale des soins et des services, d'adapter les soins et les services aux besoins de la clientèle et d'améliorer la connaissance relative à la santé des femmes. Deux initiatives ont été réalisées de concert avec le Regroupement des femmes de la Côte-Nord, soit la conception, l'hébergement et la mise à jour d'un portail d'information sur la santé des femmes en 2008 et un projet ponctuel pour la réalisation d'ateliers régionaux d'information, de promotion-prévention-sensibilisation relativement à la santé des femmes en 2009.

4.2 Condition de vie des hommes

Les travaux de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines ont permis d'élaborer un nouveau plan d'action 2008-2010 qui a été entériné par le conseil d'administration de l'Agence. Des formations « Intervenir auprès des hommes en détresse, volet 1 » ont été organisées conjointement par l'Agence et la Table de concertation sur les réalités masculines à Baie-Comeau et Sept-Îles. Rappelons que ces activités visent à développer des habiletés pour comprendre et intervenir efficacement auprès des hommes. Ces formations, qui ont eu lieu à Baie-Comeau, Sept-Îles et Port-Cartier, s'adressaient notamment aux intervenants de première ligne, dont les travailleurs sociaux et les agents de relations humaines des CSSS ainsi qu'aux représentants du milieu de l'éducation, de la Sûreté du Québec et des organismes communautaires.

Les efforts de la Table ont également mené à l'élaboration et au lancement officiel d'un site Internet traitant des réalités masculines et des travaux de la Table.

5. ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord.

Le programme a été révisé en 2006-2007, en collaboration avec les établissements, et a reçu l'approbation du gouvernement en décembre 2007.

FAITS SAILLANTS

Des projets de formation ont été mis en œuvre dans la région au cours de l'année afin de soutenir les objectifs du programme.

Formation

Dans le cadre du Programme de formation linguistique de l'Université McGill, l'Agence a conçu un projet de formation pour l'année 2008-2009 à l'intention du personnel du réseau de la santé. Deux personnes du CSSS de Sept-Îles et deux personnes de l'Agence ont participé à des séances de formation intensives d'anglais langue seconde.

De plus, une infirmière du CSSS de la Basse-Côte-Nord, à la suite de son embauche, a suivi un cours intensif personnalisé de deux semaines en anglais.



CHAPITRE III

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

La situation budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux

1. ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. La cible budgétaire déficitaire pour la Côte-Nord reste la même cette année que lors de l'exercice financier 2007-2008, soit 851 998 \$.

Trois établissements seulement sont visés par une cible déficitaire spécifique en fonction de situations particulières reconnues antérieurement. Il s'agit du CSSS de la Minganie, du CLSC Naskapi et du CPRCN. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Malgré les efforts déployés, cinq établissements de la région n'ont pas été en mesure de respecter l'objectif d'équilibre ou de respect de la cible déficitaire pour l'exercice financier 2008-2009. Les principales raisons invoquées sont le coût des services en main-d'œuvre indépendante (agences d'infirmières, pharmaciens, etc.), les frais de transport des bénéficiaires, l'assurance salaire, le coût des médicaments et des fournitures médicales et chirurgicales et l'harmonisation des conventions comptables.

Les CSSS de Sept-Îles et de l'Hémathite présentent un solde du fonds suffisant pour couvrir le déficit réalisé et, par conséquent, n'auront pas d'autres actions à prendre. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord affiche aussi un solde de fonds, mais insuffisant de 25 320 \$ pour couvrir le déficit 2008-2009. Les CSSS de Manicouagan et de la Minganie ont des soldes de fonds déficitaires. Pour ces trois derniers établissements, un plan de remboursement du déficit devra être soumis à l'Agence pour résorber le manque à gagner.

Pour sa part, le CSSS de la Basse-Côte-Nord a atteint l'équilibre en inscrivant des revenus reliés à la tutelle non confirmés par l'Agence ou le MSSS. Des pourparlers sont en cours pour corriger cette situation.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

	2007-2008			2008-2009		
	Revenu total (\$)	Cible déficitaire autorisée (\$)	Résultat (\$)	Revenu total (\$)	Cible déficitaire autorisée (\$)	Résultat (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	18 656 174		23 774	18 744 970		(202 595)
CSSS de Manicouagan	66 941 487		0	70 603 013		(256 443)
CSSS de Port-Cartier	12 218 335		210 733	12 674 894		138 713
CSSS de Sept-Îles	65 669 231		272 234	67 905 040		(194 681)
CSSS de la Minganie	19 168 128	(358 000)	(356 669)	20 544 264	(358 000)	(729 432)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	30 075 292		(705 444)	29 814 381		2 387
CSSS de l'Hémathite	7 834 397		21 558	8 609 707		(40 724)
CLSC Naskapi	4 064 951	(253 998)	(237 427)	4 334 661	(253 998)	(253 997)
CPRCN	42 933 870	(240 000)	(239 294)	45 975 663	(240 000)	(239 051)
TOTAL	267 561 865	(851 998)	(1 010 535)	279 206 593	(851 998)	(1 775 823)
Cible non distribuée		0			0	
Cible totale autorisée par le MSSS		(851 998)			(851 998)	

2. FONDS RÉGIONAUX

2.1 Immobilisations

Pour 2008-2009, les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets.

MAINTIEN D'ACTIFS

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes.

Les établissements ayant reçu une contribution de la réserve régionale établie à 15 % de l'enveloppe :

- CSSS de la Minganie : 215 984 \$
- CSSS de Manicouagan : 313 000 \$
- Agence de la Côte-Nord : 15 000 \$

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 9 403 643 \$ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2008-2009 :

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	682 807
CSSS de Manicouagan	2 350 503
CSSS de Port-Cartier	467 172
CSSS de Sept-Îles	1 681 583
CSSS de la Minganie	928 919
CSSS de l'Hématite	381 784
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 819 160
CLSC Naskapi	47 032
CPRCN	417 546
Agence	230 758
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	396 380
TOTAL (arrondi)	9 403 644

RÉNOVATION FONCTIONNELLE

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficacité et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins ainsi que la diminution des infections nosocomiales.

Les établissements ayant reçu une contribution de la réserve régionale établie à 50 % de l'enveloppe :

- CSSS de la Haute-Côte-Nord : Chambre à pression négative : 90 000 \$
- CSSS de Port-Cartier : Déplacement de l'atelier : 63 331 \$
- CSSS de la Basse-Côte-Nord : Mise aux normes du presbytère : 25 605 \$
- Agence de la Côte-Nord : Projet d'agrandissement de 540 m² (30 bureaux) : 897 503 \$

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 3 607 713 \$ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2008-2009 :

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	224 995
CSSS de Manicouagan	385 000
CSSS de Port-Cartier	177 000
CSSS de Sept-Îles	365 000
CSSS de la Minganie	156 000
CSSS de l'Hémathite	93 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	420 000
CLSC Naskapi	12 000
CPRCN	102 000
Agence	950 000
Frais de gestion	75 000
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour SARDM, PACS et la conformité des salles de serveurs régionaux)	647 718
TOTAL	3 607 713

RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE EN CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficacité et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé 700 000 \$. L'Agence a préconisé l'installation de levier sur rail au plafond pour atteindre le plus près possible 70 % de couverture en fonction du nombre de lits de soin de longue durée. De plus, ce financement a permis de remplacer l'ensemble des bains à hauteur variable qui sont vétustes ou inadéquats tout en rénovant les salles d'eau visées.

La répartition est comme suit :

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	66 000
CSSS de Manicouagan	355 000
CSSS de Port-Cartier	24 000
CSSS de Sept-Îles	49 000
CSSS de la Minganie	195 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	11 000
TOTAL	700 000

2.2 Équipements

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets.

ENVELOPPE DE MAINTIEN D'ACTIFS 2008-2009

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel pour permettre à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement ou au rehaussement du mobilier, de l'équipement non médical et de l'équipement médical.

Introduction d'un nouveau plan

Dans le cadre de son nouveau Plan de conservation en équipement et mobilier (PCEM), le MSSS allouera, de façon récurrente, à l'Agence une enveloppe pour le volet « équipement médical » et une enveloppe pour le volet « équipement non médical et mobilier », visant le maintien du parc de tous les établissements publics de notre région.

Avec l'introduction de ce nouveau plan, le MSSS a confirmé pour la première année, soit 2008-2009, des enveloppes qui sont respectivement de 3 158 635 \$ et de 644 086 \$. À titre de comparatif, l'enveloppe pour l'équipement et le mobilier, depuis la fin des années 1980, et ce, jusqu'à 2007-2008, était d'environ 1,2 M\$ par année.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 85 % des deux enveloppes doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, tel qu'il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les 15 % résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières à cet égard.

Le financement disponible cette année pour constituer la réserve du volet « équipement médical » était de 498 732 \$, tandis que celui pour la réserve du volet « équipement non médical et mobilier » était de 96 613 \$.

Équipement médical

- Équipement pour deux salles (basse vision) pour le CPRCN (90 400 \$).
- Financement de la part régionale de l'année 1 du plan SARDM (408 332 \$).

Équipement non médical et mobilier

- 50 % du mobilier des cinq nouveaux duplex au CSSS de la Basse-Côte-Nord (65 500 \$).

Le tableau qui suit rend compte de la répartition entre les établissements pour l'équipement médical.

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	116 671
CSSS de Manicouagan	920 780
CSSS de Port Cartier	52 398
CSSS de Sept-Îles	884 054
CSSS de la Minganie	268 591
CSSS de l'Hémathite	118 982
CSSS de la Basse-Côte-Nord	262 034
CLSC Naskapi	31 912
CPRCN	94 881
Plan SARDM	408 332
TOTAL	952 467

Le tableau qui suit rend compte de la répartition entre les établissements pour l'équipement non médical et mobilier.

Établissement	Montant (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	59 695
CSSS de Manicouagan	153 896
CSSS de Port-Carrier	17 184
CSSS de Sept-Îles	124 842
CSSS de la Minganie	53 724
CSSS de l'Hémathite	12 130
CSSS de la Basse-Côte-Nord	111 083
CLSC Naskapi	4 605
CPRCN	75 814
Établissements de la Côte-Nord (réserve)	27 113
Frais de gestion du GBM Montérégie	4 000
TOTAL	644 086

ENVELOPPE CONSOLIDATION DE SERVICE 2008-2009

Le financement en haute technologie du MSSS a été remplacé par un mode de financement tel qu'il est défini dans le nouveau cadre de gestion « Ajout d'équipement médical, non médical et mobilier ». Pour la catégorie sous la juridiction de l'Agence, une enveloppe consolidation de service non récurrente de 100 000 \$ a été allouée.

Par définition, cette enveloppe vise l'ajout d'un appareil qui consolide, soutient ou stabilise une offre de service existante tout en ayant un faible impact sur le budget de fonctionnement, d'entretien et d'immobilisations, dont les coûts récurrents sont assumés par les établissements. Cette enveloppe ne concerne pas le remplacement et le rehaussement d'équipement.

Établissement	Projet	Montant (\$)
CSSS de Manicouagan	Perceuse orthopédique	36 000
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Réchauffe sang et laryngoscope	14 000
CSSS de Sept-Îles	Lit bariatrique 2X	30 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Équipement de gynécologie	20 000
TOTAL		100 000

2.3 Location d'espace

Ce programme vise à permettre aux établissements non propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages isolés.

Depuis le 1^{er} août 1996, les crédits nécessaires au financement de ces locations sont inclus dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

De plus, comme l'obligation de loger le personnel découle strictement de l'application des conventions collectives, l'ensemble des opérations liées au logement du personnel ont été décentralisées vers les établissements.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 3 449 494 \$ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Établissement	Point de service et autres (\$)	Logement de personnel (\$)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	102 324	
CSSS de Manicouagan	17 039	
CSSS de Port-Cartier	26 759	
CSSS de Sept-Îles	2 849	
CSSS de la Minganie	130 068	151 079
CSSS de l'Hémathite	15 491	484 943
CSSS de la Basse-Côte-Nord	99 475	925 334
CLSC Naskapi		205 540
CPRCN	1 259 706	28 887
TOTAL	1 653 711	1 795 783
GRAND TOTAL	3 449 494	

2.4 Autorisations d'emprunts

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2009, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2009 (\$)	Montant réel emprunté au 31 mars 2009 (\$)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	4	18 680 000	10 963 096
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	8	410 034	410 034
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	3	4 797 769	3 854 897
TOTAL		23 887 803	15 228 027

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour le fonds d'immobilisations est de 1 210 000 \$.

Le rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

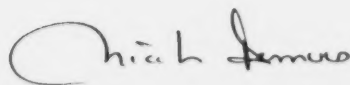
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

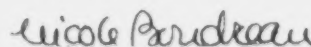
La firme Mallette, comptables agréés, a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion.

La présidente-directrice générale,



Nicole Demers

La directrice de la planification,
des ressources informationnelles
et financières,



Nicole Boudreau

Le rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

MALLETTE

Mallette
SÉNCRL
Comptables agréés

229, boulevard Lasalle
Baie-Comeau (Québec) G4Z 1S7

Téléphone 418 296-9651
Télécopie 418 296-8454
Courriel info.bcomo@mallette.ca

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux administrateurs de
l'Agence de la Santé et des services sociaux de la Côte-Nord,

Le bilan condensé ainsi que les états condensés des résultats et du solde du fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et des fonds affectés cumulés ci-joints ont été établis à partir des états financiers complets de l'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD au 31 mars 2009 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard desquels nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 15 mai 2009. La présentation d'un résumé fidèle des états financiers complets relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité, en conformité avec la Note d'orientation numéro 25 concernant la certification publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle des états financiers complets correspondants selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière et les résultats de l'Agence, le lecteur devra se reporter aux états financiers complets correspondants.

Mallette

Mallette
SÉNCRL
Comptables agréés

Baie-Comeau (Québec)
Le 7 août 2009

Amqui Baie-Comeau La Pocatière Mont-Joli Port Cartier Rimouski Rivière-du-Loup Saint-Pascal Sept-Îles Trois-Pistoles

Les états financiers de l'Agence

1. RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS D'EXPLOITATION		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
PRODUITS					
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	5 552 177	5 358 540	72 000	72 000
(Diminution) Augmentation du financement	02	251 901	246 977	197 707	198 104
Variation des revenus reportés - MSSS	03	18 570	(9 609)		
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	7 038		(4 926)	
Total (L.01 à L.04)	05	5 829 686	5 595 908	264 781	270 104
Revenus d'intérêts	06	26 614	35 503		
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources :					
Recouvrements	08	59 655	99 467		
Ventes de services	09				
Subventions du gouvernement fédéral	10				
Autres subventions	11				
Autres revenus	12	285 994	270 503	150 608	126 374
	13	6 201 949	6 001 381	415 389	396 478
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	3 186 987	3 044 349	264 909	269 439
Avantages sociaux	15	858 807	800 855	56 746	48 552
Charges sociales (précision 3)	16	413 194	389 378	28 693	28 034
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA	17	284 463	305 145	10 893	5 391
Services achetés (précision 4)	18	378 311	387 193	56 921	28 641
Communications	19	160 177	167 272	1 897	8 699
Loyer	20	348 197	445 299		
Location d'équipement	21	37 674	35 887		
Fournitures de bureau	22	56 749	53 513	256	7 722
Transfert à des établissements	23				
Autres frais	24	143 494	146 074	648	
Charges non réparties	25	22 988	227 076	(4 802)	
Transfert de frais généraux	26				
Charges extraordinaires	27			2 645	2 473
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	5 891 041	6 002 041	418 806	398 951
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	310 908	(660)	(3 417)	(2 473)
A titre informatif seulement : Contributions					
En provenance de l'avoir propre	30		36 185		
En provenance de fonds affectés	31	106 436	240 478		
En provenance du fonds des activités régionalisées	32	10 187	9 991		
En provenance du fonds de stationnement	33				
Affectées au fonds d'immobilisations	34	(277 981)	(166 064)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610)	35				
Affectées à d'autres fonds	36				
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	149 550	119 930	(3 417)	(2 473)

PRÉCISIONS AUX ÉTATS FINANCIERS

Exercice terminé le 31 mars 2009

PRÉCISION 3		Montant
Détail des charges sociales - Activités principales (L.16, C.01) :		
Assurance emploi	01	40 803
Assurance maladie (FPS)	02	171 929
CSST	03	24 494
Régime de rente du Québec	04	128 267
Régime québécois d'assurance parentale	05	21 460
Autres charges sociales	06	26 241
TOTAL (L. 01 à L.06)	07	413 194

PRÉCISION 4		Montant
Détail des services achetés - Activités principales (L.18, C.01) :		
Frais légaux	08	5 232
Perfectionnement	09	
Services informatiques	10	16 265
Autres	11	356 814
	12	
	13	
	14	
	15	
TOTAL (L.08 à L.15)	16	378 311

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Exercice courant 1	Exercice précédent ¹ 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 726 690	
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	02	(1 796 889)	
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	03	2 775	
Contributions des établissements	04		
Revenus d'intérêts	05	22 307	
Revenus d'autres sources :			
Recouvrements	06		
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	472 996	
Total des produits (L.01 à L.09)	10	2 427 879	
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	677 187	
Avantages sociaux	12	126 707	
Charges sociales	13	85 382	
Frais de déplacement et d'inscription	14	115 591	
Services achetés	15	1 002 598	
Communications	16	8 794	
Loyer	17		
Location d'équipement	18	2 573	
Fournitures de bureau	19	42 565	
Créances douteuses	20		
Autres frais	21	490 243	
Transferts de frais généraux	22		
Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	23	13 524	
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.23)	24	2 565 164	
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.24)	25	(137 285)	

À titre informatif seulement : Contributions			
En provenance du fonds d'exploitation	26	25 715	
En provenance de fonds affectés	27	41 637	
Affectées au fonds d'exploitation	28	(10 009)	
Affectées à des fonds affectés	29		
Affectées au fonds d'immobilisations	30	(8 199)	
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.25 à L.30)	31	(88 141)	

1. Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS D'EXPLOITATION		Activités principales 2	Avoir propre 3	Total (C.2 + C.3) 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	117 680	27 835	145 515
Additions (Dédutions)	Reports 1			
ACTIVITÉS PRINCIPALES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	310 908		
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions en provenance de l'avoir propre	03			
Contributions de fonds affectés	04	106 436		
Contributions du fonds des activités régionalisées	05	10 187		
Contributions du fonds de stationnement	06			
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations	07	(277 981)		
Contributions à d'autres fonds	08			
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	149 550	149 550	149 550
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice	10		(3 417)	(3 417)
Transferts interfonds (provenance) :				
Contributions en provenance de l'avoir propre	11			
Contributions du fonds de stationnement	12			
Transferts interfonds (affectations) :				
Contributions au fonds d'immobilisations	13			
Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610)	14			
Contributions à d'autres fonds	15			
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16		(3 417)	(3 417)
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre	17			
Libération de surplus	18			
Récupération de surplus	19			
Autres additions (déductions)	20			
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21	149 550	(3 417)	146 133
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS :				
	22			
Autres redressements	23		45 798	45 798
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :				
Autres charges salariales à payer	24		(93 709)	(93 709)
Autres redressements	25			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22 à L.25)	26	267 230	(23 493)	243 737

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS D'IMMOBILISATIONS ET FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	4 798 940	728 673
Additions (Dédutions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(208 712)	(137 285)
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation	03	277 981	25 715
Contributions des activités régionalisées	04	8 199	
Contributions de fonds affectés	05	28 968	41 637
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation	06	(106 436)	(10 009)
Contributions à des fonds affectés	07		
Contributions au fonds d'immobilisations	08		(8 199)
Autres transferts interfonds	09		
Autres additions (déductions)	10		
Variation de l'exercice (L.02 à L.10)	11		(88 141)
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS :			
Amortissement cumulé des immobilisations	12	(4 054 120)	
Écart de financement - immobilisations	13	5 145 593	
Autres redressements	14	(5 890 413)	
Réforme comptable - redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :			
Fonds affectés immobilisations et équipements	15		
Autres charges salariales à payer	16		(12 674)
Autres redressements	17		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.11 à L.17)	18		627 858

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS D'EXPLOITATION - FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	938 603	575 722	2 296 165	790 757
Débiteurs :					
MSSS	02	92 314	15 726	491 555	81 918
Établissements	03	2 620	4 141	4 933	153 524
Fonds d'exploitation	04			64 534	9 109
Fonds des act. régionalisées	05				
Fonds affectés	06		19 551		370 825
Autres	07	105 697	74 750	37 672	9 990
Intérêts courus	08				
Taxes à recevoir	09	109 749	27 100	1 708	10 002
Charges payées d'avance	10	44 747	38 544	23 282	173 432
Autres éléments	11	2 802			
	12	1 296 532	755 534	2 919 849	1 599 557
Subvention à recevoir - réforme comptable	13	621 262		74 726	
Autres éléments d'actif	14				
Total de l'actif (L.12 à L.14)	15	1 917 794	755 534	2 994 575	1 599 557
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	16				
Créditeurs :					
MSSS	17				
Établissements	18		1 396	84	
Fonds d'exploitation	19				
Fonds des activités régionalisées	20	64 534	9 876		
Fonds affectés	21				
Autres charges salariales à payer	22	92 283		11 462	
Autres	23	694 415	520 008	129 087	215 058
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	24	54 169	54 169		
Autres revenus reportés	25	129 246	24 570	2 139 397	517 234
Provision pour vacances, congés de maladie, fériés	26	639 410		86 687	
Autres éléments	27				129 893
Total - Passif à court terme (L.16 à L.27)	28	1 674 057	610 019	2 366 717	862 185
À long terme	29				
Total du passif (L.28 + L.29)	30	1 674 057	610 019	2 366 717	862 185
SOLDE DE FONDS	31	243 737	145 515	627 858	737 372
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	1 917 794	755 534	2 994 575	1 599 557

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS D'IMMOBILISATIONS		Exercice courant 1	Exercice précédent ¹ 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Débiteur MSSS	02	64 827	
Autres éléments	03		
À long terme			
Immobilisations	04	2 108 860	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - Écart de financement - Réforme comptable	05	5 045 663	
Autres éléments d'actif	06		
Total de l'actif (L.01 à L.06)	07	7 219 350	
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	08		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	09		
Intérêts courus à payer : Financement Québec	10	64 671	
Corporation d'hébergement du Québec	11	157	
Autres	12		
Avance de fonds en provenance des fonds affectés des immobilisations et des équipements - Enveloppes décentralisées	13	1 293 971	
Autres éléments	14	37 493	
À long terme			
Revenus reportés	15		
Dette à long terme	16	5 676 433	
Financement temporaire CHO - Enveloppes décentralisées	17	146 625	
Total du passif (L.08 à L.17)	18	7 219 350	
SOLDE DE FONDS	19		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	7 219 350	

1. Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant 1	Exercice précédent ¹ 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	1 793 402	
Avances de fonds aux établissements publics	02	5 893 074	
Avances de fonds au fonds d'immobilisations	03	1 293 971	
Débiteurs : MSSS	04	93 272	
MSSS - Subvention pour intérêts sur emprunts	05		
Établissements	06		
Fonds d'exploitation	07		
Fonds des activités régionalisées	08		
Taxes à recevoir	09		
Autres	10	41 387	
Intérêts courus à recevoir	11		
Placements temporaires	12		
Charges payées d'avance	13		
Autres éléments	14		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.14)	15	9 115 106	
À long terme			
Subvention à recevoir - Provision vacances, congés de maladie, fériés	16	10 991	
Placements à long terme	17		
Subvention à recevoir - Réforme comptable - Enveloppes décentralisées	18	21 507 823	
Total de l'actif (L.15 + L.18)	19	30 633 920	
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	20		
Emprunts de banque	21	7 187 045	
	22		
Intérêts courus à payer : Corporation d'hébergement du Québec	23		
Financement Québec	24	93 272	
Société d'habitation du Québec	25		
Autres	26		
Créditeurs et charges à payer : Établissements	27	289 538	
Organismes	28		
Fonds d'exploitation	29		
Fonds des activités régionalisées	30		
Autres charges salariales à payer	31		
Autres	32	388 263	
Revenus reportés MSSS et crédits régionaux	33		
Autres revenus reportés	34		
Provision pour vacances, congés de maladie et fériés	35	10 991	
Autres éléments	36		
Total - Passif à court terme (L.20 à L.36)	37	7 969 109	
Dettes à long terme - Enveloppes décentralisées	38	21 507 823	
Total du passif (L.37 + L.38)	39	29 476 932	
SOLDE DE FONDS	40	1 156 988	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.39 + L.40)	41	30 633 920	

1. Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

SOLDE DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant 1	Exercice précédent ¹ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 010 516	
Additions (Dédutions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(786 894)	
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation	03		
Contributions des activités régionalisées	04		
Contributions de fonds affectés	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées	07		
Contributions à d'autres fonds affectés	08		
Contributions au fonds d'immobilisations	09	(28 968)	
Transferts interfonds	10		
Autres additions (dédutions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(815 862)	
Réforme comptable - Redressements au 1 ^{er} avril 2008 confirmés par le MSSS	13	(29 859 946)	
Réforme comptable - Redressements au 1 ^{er} avril 2008 déterminés par l'Agence :			
Autres charges salariales à payer	14		
Autres redressements	15	6 731 204	
Écart de financement - Réforme comptable - Enveloppes décentralisées	16	23 091 076	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 à L.16)	17	1 156 988	

1. Le comparatif avec l'exercice précédent n'est pas requis par le MSSS au rapport financier 2008-2009.

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2008-2009

Exercice terminé le 31 mars 2009

	Exercice courant	
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2008-2009 inscrit dans le système SBF-R	01	262 377 806
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	240 027 097
Allocations aux organismes communautaires	03	9 498 472
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	430 337
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	249 955 906
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	11 096 032
Autres	07	2 700
TOTAL (L.05 à L.07)	08	261 054 638
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	1 323 168
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	10	39 016
- Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissement publics		
- Comptes à payer signifiés	12	676 979
- Comptes à payer non signifiés	13	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	715 995
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	607 173
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	
Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS AFFECTÉS		Immobilisations	Équipements
		1	2
PRODUITS			
MSSS	01		
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03		
Variation des revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	04		
Subvention MSSS pour :			
le remboursement de la dette-capital	05		
le remboursement de la dette-intérêt	06		1 480 160
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	07		
Revenus de placements	08		
Autres revenus :			
Subvention du gouvernement fédéral	09		
Autres subventions	10		
Autres	11		
Total des produits (L.01 à L.11)	12		1 480 160
CHARGES			
Établissements	13		
Organismes	14		
Intérêts sur emprunts :			
Corporation d'hébergement du Québec	15		17 950
Financement Québec	16		1 462 210
	17		
Autres intérêts sur emprunts	18		
Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	19		
Charges d'exploitation :			
Salaires	20		
Avantages sociaux	21		
Charges sociales	22		
Frais de déplacement et d'inscription	23		
Services achetés	24		
Location d'équipement	25		
Fournitures de bureau	26		
Autres charges d'exploitation	27		
Autres charges	28		
Total des charges (L.13 à L.28)	29		1 480 160
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.29)	30		

SOLDE DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS AFFECTÉS		Immobilisations 1	Équipements 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		37 666
Additions (Dédutions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02		
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation	03		
Contributions des activités régionalisées	04		
Contributions de fonds affectés	05		
Transferts interfonds (affectation) :			
Contributions au fonds d'exploitation	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées	07		
Contributions à d'autres fonds affectés	08		
Contributions au fonds d'immobilisations	09		
Autres additions (dédutions)	10		
Variation de l'exercice (L.02 à L.10)	11		
Réforme comptable - Redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS	12	(195 249)	(29 664 697)
Réforme comptable - Redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence :			
Autres charges salariales à payer	13		
Autres redressements	14	195 249	6 535 955
Écart de financement - Réforme comptable - Enveloppes décentralisées	15		23 091 076
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.11 à L.15)	16		

RÉSULTATS ET SOLDE DU FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2009

FONDS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
MSSS	01	9 255 291	8 475 358
Crédits régionaux	02		
Variation revenus reportés MSSS et crédits régionaux	03		
Revenus autonomes	04	1 572 908	1 622 580
Revenus de placements	05	22 571	53 261
Autres revenus :			
Subvention du gouvernement fédéral	06		
Autres subventions	07		
Autres	08	1 665	25 392
Total des produits (L.01 à L.08)	09	10 852 435	10 176 591
CHARGES			
Contrats minimaux de services d'ambulance	10	9 971 900	9 248 180
Particularités régionales	11	190 789	133 513
Éléments rectifiables	12	163 116	170 015
Centre de communication santé	13		
Formation	14	45 000	114 453
Assurance qualité	15	129 917	142 355
Allocation de retraite	16	51 000	4 302
Médicaments	17	4 933	7 671
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	18		
Attribution à des organismes	19		
Ajustements des années antérieures	20	16 091	54 152
Premiers répondants	21	630 692	130 711
Déplacement des usagers	22		
Charges d'exploitation :			
Salaires	23	70 805	16 998
Avantages sociaux	24	9 307	1 099
Charges sociales	25	8 700	2 157
Frais de déplacement et d'inscription	26		
Services achetés	27		
Location d'équipement	28		
Fournitures de bureau	29		
Autres charges d'exploitation	30		
Autres charges	31	126 669	8 300
Total des charges (L.10 à L.31)	32	11 418 919	10 033 906
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09 - L.32)	33	(566 484)	142 685
SOLDE DU FONDS			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	34	793 387	658 883
Additions (Dédutions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	35	(566 484)	142 685
Contributions au fonds d'immobilisations	36	(26 840)	(8 181)
Autres transferts interfonds	37		
Autres additions (dédutions)	38		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.34 à L.38)	39	200 063	793 387

2. NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1^{er} janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Au cours de l'exercice, l'Agence a adopté l'ensemble des recommandations du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés applicables au secteur public. Les modifications principales sont les suivantes :

- Utilisation de la comptabilité d'exercice pour les intérêts de la dette à long terme, les vacances, les congés de maladie, les congés mobiles et tout autre élément salarial;
- Amortissement des immobilisations;
- Amortissement des revenus reportés afférents aux immobilisations selon la même durée que les immobilisations correspondantes;
- Comptabilisation des dons, legs, subventions et autres formes de contributions sans condition rattachées aux résultats des fonds correspondants;
- Ajustements des revenus et dépenses des exercices antérieurs aux résultats de l'exercice courant sauf dans le cas d'une correction d'erreur importante ou d'une modification de convention comptable;
- Présentation d'un état des résultats pour chacun des fonds;
- Comptabilisation des transferts entre les différents fonds à l'état des soldes de fonds;
- Comptabilisation des soldes de fonds répondant aux exigences du chapitre SP 3100 « Actifs et revenus affectés » comme revenus reportés.

Cette modification de conventions comptables a été appliquée rétroactivement sans retraitement des états financiers de l'exercice antérieur.

NOTE 3 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés applicables au secteur public.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les principes comptables utilisés aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes sans but lucratif sont les suivantes :

- Les instruments financiers ne sont pas classifiés et aucune information n'est présentée.
- Les frais d'émission, les primes et les escomptes sont présentés comme postes distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette.
- Les organismes sous contrôle de l'Agence ne sont pas consolidés.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.
- Les fonds affectés : fonds constitués de subventions provenant principalement du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile.

Catégorie	Durée (avant le 1 ^{er} avril 2008)	Durée (après le 1 ^{er} avril 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Non applicable
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Non applicable	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Non applicable	12 ans, 15 ans

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent);
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont

effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 4 - ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

L'état des flux de trésorerie n'a pas été préparé, car l'information requise concernant les flux de trésorerie est évidente à la lecture des états financiers et des notes complémentaires.

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 30 000 000 \$ (2008 : 30 000 000 \$) auprès d'une institution financière, au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,15 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,28 %, garanti par le MSSS, dont 30 000 000 \$ du crédit ne sont pas utilisés au 31 mars 2009.

La convention de crédit est renégociable le 12 décembre 2010.

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme des fonds affectés « immobilisations » et « équipements » est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2009	2008
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital plus les intérêts au taux variant de 3,094 % à 9,82 %, payables semestriellement et venant à échéance entre le 7 juillet 2008 et le 31 mars 2023	27 184 255 \$	29 235 812 \$
Portion échéant à court terme	5 408 173	3 880 285
	<u>21 776 082 \$</u>	<u>25 355 527 \$</u>

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2010	5 408 173 \$
2011	1 352 609 \$
2012	4 743 562 \$
2013	1 108 304 \$
2014	7 663 769 \$

NOTE 7 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel. Au 1^{er} janvier 2009, le taux de cotisation pour le RREGOP est demeuré à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE à 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2009 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 197 039 \$. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2010	202 017 \$
2011	197 832 \$
2012	178 347 \$
2013	173 500 \$
2014	173 500 \$
2015 et subséquentes	173 500 \$
	<hr/>
	1 098 696 \$

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Côte-Nord. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2010	777 358 \$
2011	758 250 \$
2012	613 250 \$
2013	555 750 \$
2014	543 250 \$

NOTE 9 - ÉVENTUALITÉ

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de quatre médecins et un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 3 521 000 \$ pour quatre d'entre eux. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de ces réclamations ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint ou soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 11 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. (l'organisme). L'organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme, sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2009 et 2008 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

Situation financière	2009	2008
Actif à court terme	1 141 574 \$	1 027 933 \$
Actif à long terme	11 765 363	10 500 206
	<u>12 906 937 \$</u>	<u>11 528 139 \$</u>
Passif à court terme	969 073	663 914
Passif à long terme	8 221 117	7 398 395
	<u>9 190 190 \$</u>	<u>8 062 309 \$</u>
Actifs nets	<u>3 716 747</u>	<u>3 465 830</u>
	<u>12 906 937 \$</u>	<u>11 528 139 \$</u>
 Résultats des activités	 2009	 2008
Produits provenant des établissements	2 407 849 \$	2 298 103 \$
Autres produits	351 924	335 731
	<u>2 759 773</u>	<u>2 633 834</u>
Total des charges d'opération	2 347 698	2 282 866
Excédent des produits sur les charges	<u>412 075 \$</u>	<u>350 968 \$</u>
 Évolution des actifs nets	 2009	 2008
Solde, début de l'encaisse	3 465 830 \$	3 288 384 \$
Redressement	8 665	-
Solde redressé	<u>3 474 495</u>	<u>3 288 384</u>
Excédent des produits sur les charges	412 075	350 968
Virement de la réserve affectée pour réparations majeures	(200 923)	(175 810)
Autres	<u>31 100</u>	<u>2 288</u>
	<u>3 716 747 \$</u>	<u>3 465 830 \$</u>

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 528 459 \$ (2008 : 522 545 \$).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif. Celles-ci comportent les divergences suivantes avec celles utilisées par l'Agence :

Constatation des produits

L'organisme applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Les apports affectés sont constatés à titre de produits de l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa réception est raisonnablement assurée. Les apports reçus à titre de dotations sont constatés à titre d'augmentations directes des actifs nets.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles acquises sont comptabilisées au coût. Les apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à la juste valeur à la date de l'apport. Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur les durées de vie utiles estimatives suivantes :

- | | |
|---------------------------|------------------|
| ▪ Bâtisses | 10, 25 ou 40 ans |
| ▪ Mobilier de bureau | 10 ans |
| ▪ Équipement informatique | 5 ans |
| ▪ Améliorations locatives | 15 ans |

Réserve pour réparations majeures

Les produits d'intérêts gagnés grâce à la réserve pour réparations majeures sont constatés comme des augmentations directes des actifs nets. Les contributions de la réserve aux charges de l'exercice sont constatées à titre de produits.

NOTE 12 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certains chiffres de l'exercice 2008 ont été reclassés pour les rendre conformes à la présentation adoptée en 2009.



ANNEXE A

**CODE D'ÉTHIQUE ET
DE DÉONTOLOGIE**



VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

**DES ADMINISTRATEURS
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
(Règlement n° 1 de 2002)**

Codification permanente : **Reg-eth-01**

**ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD**

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

- 1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
- 2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;
- 3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale (CMR) et d'un avis du Département régional de médecine générale (DRMG);
- 4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;
- 5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- 6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- 8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intégrée et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les

administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir.

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- * **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- * **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;
- b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;
- c) « **Code** » désigne le présent Code;
- d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;
- f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
- g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.
7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence***Disponibilité et participation active***

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisans.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.
16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.
17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.
20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.
24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.
28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.
44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.
46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.
47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.
49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT**L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat**

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.
55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.
56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.
57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.
59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informer qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.
72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.
73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.
74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.
75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :

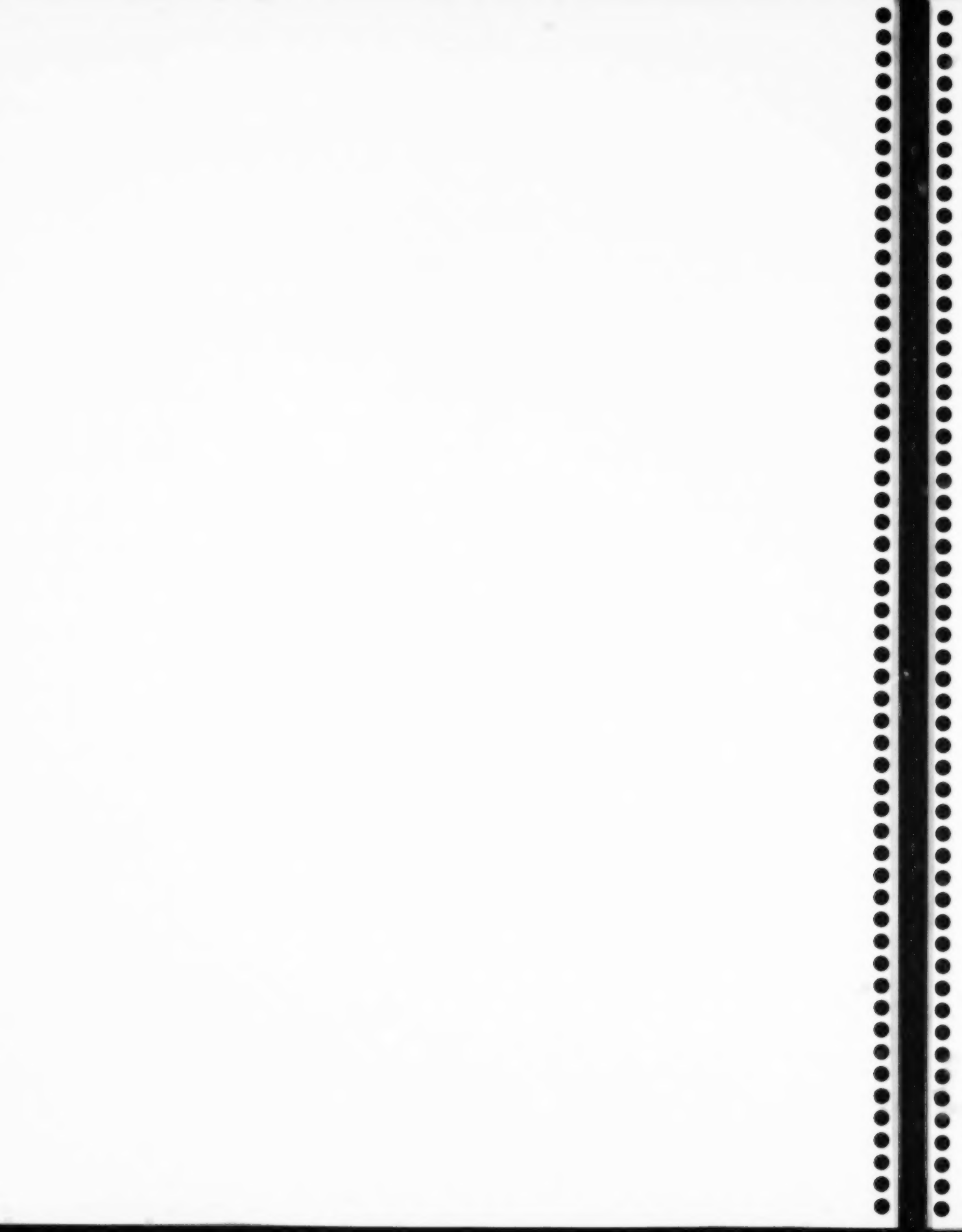
- a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
- b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
- c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
- d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.



ANNEXE B

REDDITION DE COMPTES :

**ENGAGEMENTS SPÉCIFIQUES À PORTÉE LOCALE,
SOUS-RÉGIONALE OU RÉGIONALE SIGNIFIÉS AUX ÉTABLISSEMENTS
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD DANS LE CADRE DES ENTENTES DE GESTION ET
D'IMPUTABILITÉ POUR L'EXERCICE 2008-2009**

ANNEXE B

Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

1.1 - SANTÉ PUBLIQUE											
Programme : <i>Prévention et contrôle des infections nosocomiales</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Consolider les activités de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les CSSS de la Côte-Nord :											
Adopter le - Plan d'action régional en PCI -	Adoption du Plan d'action par le CA de l'établissement	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui		
Operationaliser les activités prévues au - Plan d'action régional en PCI -, particulièrement en ce qui a trait à la structure de base du service de PCI pour l'année 2008-2009, soit réaliser des activités de PCI dans les milieux de longue durée, élaborer un programme de PCI, mettre sur pied un Comité de prévention des infections (PCI) fonctionnel, répondre aux demandes ponctuelles provenant du secteur communautaire, d'autres établissements ou organisations sur le territoire	Suivi de l'opérationnalisation des activités	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui		
Assurer un rôle d'expert conseil et de soutien à distance auprès des CSSS périphériques desservis	Confirmation du rôle d'expert conseil et de soutien à distance auprès des CSSS périphériques	31 mars 2009 31 mars 2010		Oui		Oui					
Au besoin, soutenir sur place les CSSS périphériques dans l'évaluation, l'intervention et le suivi de situations critiques (ex. : écloserie non contrôlée)	Confirmation du soutien sur place lors de situations critiques	31 mars 2009 31 mars 2010		Oui		Non					
Programme : <i>Maladies infectieuses</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Collaborer aux consultations dans le cadre de l'élaboration du cadre de référence concernant le partage des responsabilités en regard des enquêtes épidémiologiques (consultation)	Cadre de référence	31 mars 2009 31 mars 2010									
Collaborer aux consultations dans le cadre de l'élaboration du Plan de mobilisation des ressources (consultation)	Plan de mobilisation des ressources	31 mars 2009 31 mars 2010									
Collaborer à l'implantation du système de surveillance et de protection PANORAMA au besoin (ex : gestion des produits immunisants)	Implantation du système	31 mars 2009 31 mars 2010									
Programme : <i>Habitudes de vie et maladies chroniques</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Plan d'action sur les saines habitudes de vie (PASHV) :											
Mettre en œuvre le Plan d'action sur les saines habitudes de vie (PASHV)	Confirmer le nom de l'agent au directeur de santé publique	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Designier un agent de prévention et de promotion		31 décembre 2008	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	
Maintenir les services de cessation tabagique	Nombre de fumeurs (groupe et individu)	Annuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui		
Participer à l'élaboration et à la réalisation d'activités de promotion de la santé visant les saines habitudes de vie	Activités réalisées	Annuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
Participer à l'organisation des rencontres locales relatives à l'appropriation du SPPS	Rencontre à réaliser	31 décembre 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	
Financement pour la présence d'un agent de prévention et de promotion de la santé au CLSC Naskapi	Aucun	31 décembre 2008								Non	
Programme : <i>Santé dentaire</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Appliquer le Plan d'action en santé dentaire	Confirmation	31 mars 2009		Oui							
Programme : <i>Influenza</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Réaliser une clinique de vaccination de masse (sans rendez-vous)	Bilan des activités réalisées selon la grille fournie	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	

ANNEXE B
Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

Programme : Développement social et déploiement des PAG	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématis	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Mise en place d'un poste d'organisateur communautaire en concertation avec les organismes du milieu afin de générer des conditions favorables au développement des enfants.	Rapport de réalisation de projet Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009 31 mars 2010	Non								
Assurer l'animation et le fonctionnement du chantier local	Dépôt de la constitution du chantier local et/ou de l'instance locale Son mandat est le développement de projets rehaussant les capitaux	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui		
Assurer la mise en place et le fonctionnement d'une instance locale de concertation visant la mise en œuvre des plans d'action gouvernementaux (PAG) (pauvreté et exclusion sociale et lutte à la pauvreté) et saines habitudes de vie	Mise en œuvre	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui		
Assurer la réalisation d'un projet sur le développement social découlant des PAG	Titre du projet avec description sommaire et étapes à réaliser	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui		
Faciliter la participation des intervenants du CSSS aux activités de formation portant sur le développement social	Nombre de participants	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non		
Programme : Services en périnatalité	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématis	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Participer à la collecte de données régionales SIPPE	Compléter la grille fournie par l'Agence	31 mars 2009	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	
Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématique portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles	Politique entérinée par le CSSS	31 mars 2009	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Planification et diffusion d'une formation sur l'allaitement auprès du personnel du CSSS	Nombre d'activités offertes et nombre de participants à la formation	31 mars 2010	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	
Planifier l'organisation du soutien à l'allaitement sur la base d'entente entre les CSSS et les organismes concernés	Entente entre les CSSS et les organismes concernés Compte rendu de la description des activités et du nombre d'activités offertes	31 mars 2009		Oui		Non					
Planifier l'organisation du soutien à l'allaitement	Compte rendu de la description des activités et du nombre d'activités offertes	31 mars 2009	Non		Oui		Oui	Non	Oui	Non	
Programme : Administration des vaccins du Programme d'immunisation du Québec	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématis	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Recurrence du financement pour le budget de soutien à l'administration des vaccins du Programme d'immunisation du Québec	Aucun	1 ^{er} avril 2008 31 mars 2009	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
1.2 - SERVICES GÉNÉRAUX											
Programme : Info-Social	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématis	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Soutien à l'implantation du service Info-Social	N/A	31 mars 2009					Non				
Collaborer à l'implantation d'un projet pilote dans l'un des CSSS de la région relativement à la mise en place d'un service d'accueil : évaluation, orientation et référence téléphonique (mandat AEOR) centralisé au service Info-Social	N/A	N/A					Non				
Programme : Services psychosociaux généraux	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématis	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Financement non récurrent de 0,5 ETP pour favoriser l'implantation du guichet d'accès unique en vue de diminuer la liste d'attente	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009				Oui					

ANNEXE B
Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

Programme : <i>Services généraux et centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Adopter la résolution et le protocole confirmant le rôle de centre désigné pour recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence, pour les trois CSSS ayant reçu la formation relative à cette implantation	Résolution du CA	31 mars 2009		Non		Non		Non			
Assurer leur participation à la formation relativement à l'implantation comme centre désigné pour recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence	Participation à la formation	30 juin 2009	Oui		Oui		Oui		Oui	Non	
1.3 - PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT											
Programme : <i>Plan d'action 2005-2010</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Assurer l'avancement de la mise en œuvre des mesures inscrites dans le Plan d'action du Québec 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie ainsi que dans celui de la Côte-Nord 2006-2010 sur le vieillissement de la population :											
✓ Dresser le profil ISO-SMAF des usagers inscrits dans IMAGES pour chaque nouvelle demande d'hébergement	Données intégrées à IMAGES	31 mars 2009 31 mars 2010	Non					Oui			
✓ Implanter une Table locale multisectorielle pour contrer les abus et les mauvais traitements à l'endroit des aînés	Présence d'une Table multisectorielle Identification d'un organisme fiduciaire Présentation d'un plan d'action	31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Oui					
Programme : <i>CHSLD - Quatre lits de dépannage à Bergeronnes</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Implantation de quatre lits de dépannage et de convalescence avec la collaboration d'un organisme communautaire	Accréditation de la ressource	À voir	Non								
Programme : <i>Ressource d'hébergement - ressources intermédiaires</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Gestion d'une place additionnelle en ressource de type familiale	Attestation de modification d'une ressource intermédiaire	14 avril 2008	Oui								
Rehaussement budgétaire pour le financement de la résidence Lafontaine afin de tenir compte de la hausse du taux d'occupation		1 ^{er} avril 2008				Oui					
Création de deux places additionnelles à la résidence Lafontaine pour une clientèle avec déficits cognitifs importants exigeant un milieu adapté	Attestation de modification d'une ressource intermédiaire	31 mars 2009				Non					
Création de treize places additionnelles au Centre de convalescence Pie XII	Attestation de modification de ressources intermédiaires	Juillet 2008 (8 places) Janvier 2009 (6 places)		Oui							
Programme : <i>Organisateur communautaire</i>	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Résultats attendus											
Mise en place d'un poste d'organisateur communautaire, en concertation avec le milieu, afin de générer des conditions favorables à la création de nouvelles ressources d'entraide et d'hébergement, favorisant le maintien dans leur communauté des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, et ce, conformément au Plan d'action régional 2006-2010	Rapport de réalisation de projet et confirmation de la titularisation	31 mars 2009 31 mars 2010	Non								

ANNEXE B

Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

1.4 - DÉFICIENCE PHYSIQUE												
Programme : Ressources intermédiaires	Bien livrable	Échéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Developper six nouvelles places de ressource intermediaire, au Rept Richeieu de Sept-Îles, dediees à une clientele de 15 à 25 ans ayant des problemes de deficiencie motrice ainsi qu'une place de rept depannage	Contrat CSSS / Organisme	31 mars 2009 31 mars 2010				Oui						
Programme : Transport et hébergement	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Consolider le budget sur le transport et l'hebergement des personnes handicapees	Depôt du rapport d'etude et recommandations Rapport financier	15 decembre 2008 31 mars 2009									Oui Oui	
Programme : Services de readaptation de 1 ^{re} ligne	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Rehaussement d'un poste d'educatrice specialisee afin d'eliminer l'attente pour la stimulation du langage	Rapport du delai de prise en charge pour des services de stimulation du langage pour les enfants ciblés en 2008	31 mars 2009 31 mars 2010			Oui							
Programme : Plan d'accès	Bien livrable	Échéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Participer activement à la mise en place du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une deficiencie	Plan d'action	Novembre 2008 Mars 2009	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	
Programme : Centre de readaptation en deficiencie physique	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Elaborer un plan de gestion de la main-d'œuvre	Plan d'action	31 octobre 2008									Oui	
Programme : Services d'audiologie (première ligne) pour l'est de la région	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Rehaussement des services de première ligne en centre de sante et demarrage du programme de services specialises par le CPRCN	Plan d'action par le CSSS de Sept-Îles Entente signée entre le CPRCN et le CSSS de Sept-Îles	15 octobre 2008 15 octobre 2008			Oui Non							
Programme : Besoins spécifiques des usagers	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Financement afin de compenser les depenses encourues pour l'encadrement intensif d'un usager	Confirmation de la présence de l'usager	Decembre 2008		Oui		Oui						
1.5 - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)												
Programme : Plan d'accès	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Participer activement à la mise en place du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une deficiencie	Plan d'action	Novembre 2008 Mars 2009	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	
Programme : Centre de readaptation en deficiencie intellectuelle et TED	Bien livrable	Echéance	Réalisation									
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN	
Elaborer un plan de gestion de la main-d'œuvre	Plan d'action	31 octobre 2008									Oui	

ANNEXE B
Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

1.6 - JEUNES EN DIFFICULTÉ											
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Consolider l'implantation du programme d'intervention de crise	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement Bilan annuel	31 mars 2009		Oui							
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Allocation récurrente pour le financement du deuxième poste de l'équipe d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu ayant débuté en 2003-2004	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009				Oui					
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Maintenir les services de l'équipe d'intervention jeunesse	Bilan annuel	31 mars 2009				Oui					
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Elaborer un plan de gestion de la main-d'œuvre	Plan d'action	31 octobre 2008									Oui
1.7 - DÉPENDANCES											
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Mise en œuvre du programme Alcoolisme	Bilan du nombre de clients desservis	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui		Non		Non	Non	Non	Non	
1.8 - SANTÉ MENTALE											
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Financement non récurrent de 0.5 ETP pour favoriser la reorganisation entre la 1 ^{re} et la 2 ^e ligne et l'implantation d'un guichet d'accès au CSSS de Sept-Îles	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009				Oui					
Dépôt d'un plan de travail déterminant les objectifs et les échéanciers permettant de confirmer l'offre de service en santé mentale au Plan d'action ministériel 2005-2010 du MSSS ainsi qu'aux priorités identifiées dans le projet clinique	Dépôt du plan de travail	31 octobre 2008				Oui					
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Allocation pour assurer la présence d'un intervenant, afin de dispenser des interventions face à face dans les moments où il est plus difficile de faire un rappel au travail, soit les fins de semaine et les jours fériés, dans le but de diminuer le temps d'attente à l'urgence	Rapport-bilan sur l'efficacité de la mesure	31 octobre 2008		Oui		Oui					
Programme :	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Resultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathie	Naskapi	CPRCN
Définir le programme de soutien d'intensité variable en lien avec le projet clinique	Rapport définissant le programme	31 octobre 2008			Oui						

ANNEXE B

Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

1.9 - SANTÉ PHYSIQUE											
Programme : Accoucher loin du milieu de vie	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Investissement afin d'aider les familles qui doivent assumer les frais de déplacement et d'hébergement associés à l'accouchement des femmes vivant en milieu éloigné ou isolé	Confirmer le nombre de familles rejointes	31 mars 2009 31 mars 2010					Oui	Oui	Oui		
Programme : Mise en service du 811	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Ajout de deux ETP infirmières afin de soutenir le service info-Santé dans l'attente de ses objectifs ministériels à la suite de la mise en service du 811	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009					Oui				
Programme : Séjour moyen à l'urgence	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Dans un but de coordination et d'intégration des services, consolider et confirmer la récurrence du financement des infirmières de liaison à l'urgence ainsi que le remplacement lors d'absence	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009		Oui		Oui					
Documenter tous les séjours de 48 heures et plus à l'urgence	Transmission périodique d'un rapport à l'Agence avec les actions entreprises	31 mars 2009		Oui		Oui					
Programme : Performance de l'urgence	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Participer aux rencontres d'un comité conjoint Agence et CSSS afin d'optimiser la performance de l'établissement	Compte rendu des rencontres	31 mars 2009		Oui		Oui					
Programme : Suivi des recommandations du CCNU	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Revision du plan d'action local qui intègre les recommandations du groupe conseil du centre de coordination nationale des urgences (CCNU) et du guide de gestion des soins d'urgence	Dépôt du plan d'action local révisé	31 mars 2009	Non	Oui		Non					
Programme : Service de première ligne	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Organiser une première ligne forte en tenant compte d'un travail de partenariat de type GMF	Création d'un GMF	31 mars 2009	Non								
Programme : Accès aux services médicaux spécialisés	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Inscription de la clientèle dans SIMASS	Inscription 100 %	1 ^{er} avril 2008		Oui		Oui					
Suivi personnalisé (transmission d'une lettre et appel au 3 ^e jour)	Transmission de la lettre 100 %	1 ^{er} avril 2008		Oui		Oui					
Deuxième offre pour les chirurgies sous garantie d'accès (hanche, genou, cataracte)	Deuxième offre 100 %	1 ^{er} avril 2008		Non		Oui					
Mise en place de corridors de services intra ou extrarégionaux pour la clientèle sous garantie d'accès	Formalisation des ententes de service	1 ^{er} mars 2009		Non		Non					
Faire rapport tous les trois mois de l'état des listes d'attente aux membres du conseil d'administration des établissements	Compte rendu des CA	1 ^{er} avril 2008		Oui		Oui					
Identification de l'inscription de la clientèle oncologique à compter du 1 ^{er} mai 2008	Inscription 100 %	1 ^{er} mai 2008		Oui		Oui					
Inscription de la clientèle traitée en urgence à compter du 1 ^{er} mai 2008	Inscription 100 %	1 ^{er} avril 2008		Oui		Oui					
Programme : Services dentaires curatifs	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématisse	Naskapi	CPRCN
Allocation attribuée au CLSC Naskapi pour le soutien à la pratique d'un dentiste	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009 31 mars 2010								Non	

ANNEXE B

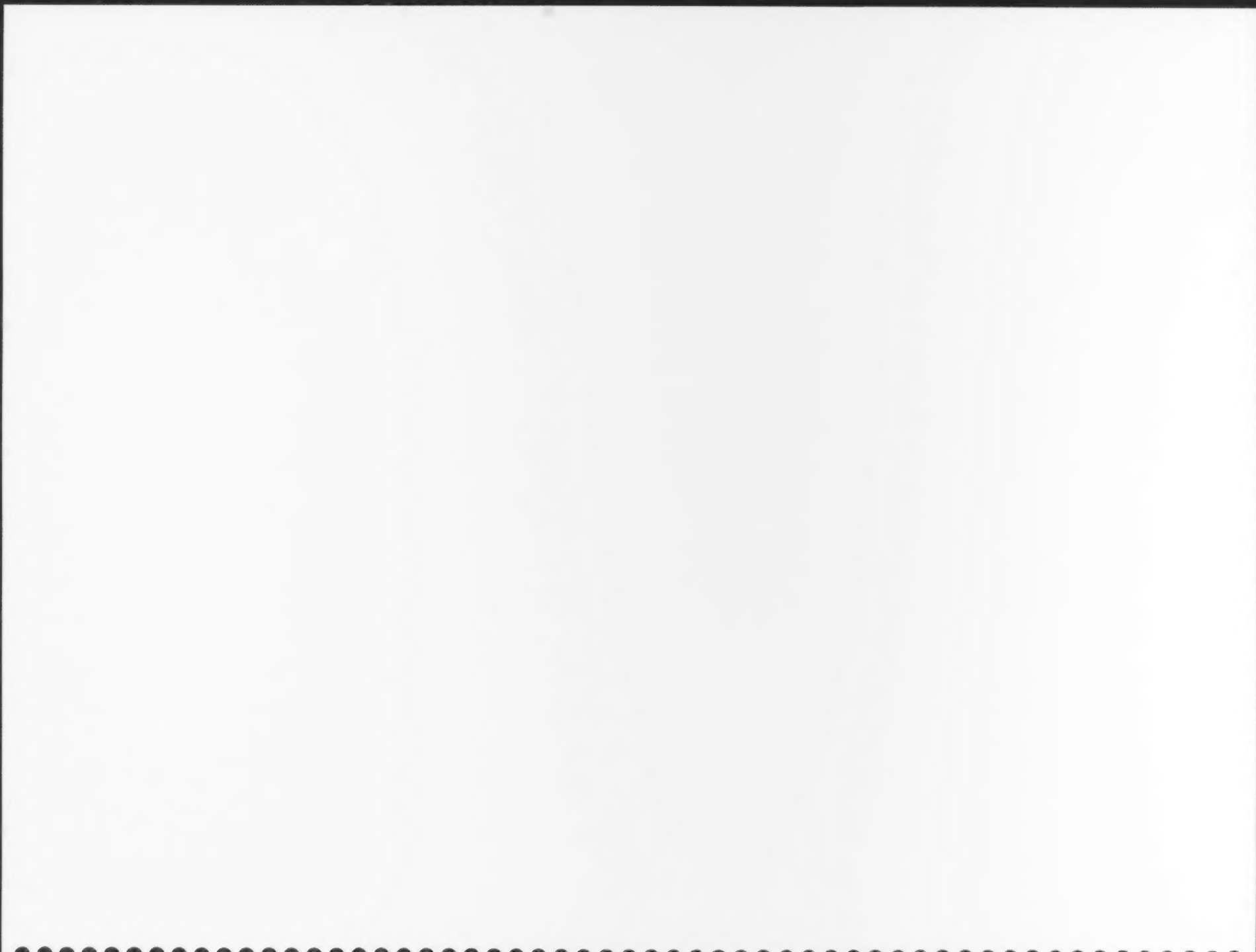
Reddition de comptes :

Engagements spécifiques à portée locale, sous-régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2008-2009

Programme : Services médicaux spécialisés	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Resultats attendus											
Epurer les listes d'attente en services diagnostiques	Confirmation écrite Transmission à l'Agence du nombre de patients en attente par spécialité Transmission des délais d'attente par spécialité	31 mars 2009		Non							
PROGRAMMES-SERVICES : MULTICLIENTÈLE											
Programme : Allocation directe pour les personnes handicapées	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Resultats attendus											
Porter le tarif horaire du cheque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe pour les personnes handicapées de 10 \$ à 11 \$ pour une augmentation de 1 \$ de l'heure au 1 ^{er} avril 2008	Majoration du tarif horaire au 1 ^{er} avril 2008	À la réception du financement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Confirmation du financement afin de porter le tarif horaire du cheque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe à 10 \$	Confirmation de la date de début des services	1 ^{er} avril 2008								Oui	
PRIORITÉ RÉGIONALE : PALV - MALADIES CHRONIQUES											
Resultats attendus	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Déploiement du projet PALV-maladies chroniques	Dépot du modèle local et confirmation de la titularisation (voir indicateur du cadre régional proposé pour suivi des actions)	31 mars 2009 31 mars 2010				Oui	Oui		Oui		
	Participer aux collectes de données en lien avec l'évaluation du projet (ex implantation) et des redditions de comptes du MSSS au regard de l'actualisation de la priorité régionale	31 mars 2009 31 mars 2010									
PROGRAMMES-SERVICES : GESTION DES BÂTIMENTS - ÉQUIPEMENT											
Programme : Location de logements	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Resultats attendus											
Consolider le financement pour l'ajout net de quatre logements pour loger des employés.		1 ^{er} avril 2008						Non			
2.1 - ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES											
Programme : Sécurité des actifs informationnels	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Resultats attendus											
Transmettre à la coordonnatrice régionale de la sécurité des actifs informationnels les données provisoires du bilan annuel de l'établissement concernant les activités réalisées en lien avec le cadre global et les incidents en matière de sécurité des actifs informationnels	Données provisoires du bilan annuel de l'établissement	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Déposer à la coordonnatrice régionale de la sécurité des actifs informationnels, à la suite de l'adoption du conseil d'administration de l'établissement, un bilan annuel des activités et des incidents en matière de sécurité des actifs informationnels	Bilan annuel	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
REDDITION DE COMPTES											
Programme : I-CLSC	Bien livrable	Echéance	Réalisation								
			HCN	Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hémathite	Naskapi	CPRCN
Resultats attendus											
Transmettre à la RAMQ les données saisies dans I-CLSC selon le calendrier prévu aux ententes de gestion et d'imputabilité	Transmission des données	31 mars 2009								Non	

Légende :

- ☐ Situation ne s'applique pas pour l'établissement
☐ Démarche reportée par l'Agence



ANNEXE C

**RÉPARTITION DES MALADIES À
DÉCLARATION OBLIGATOIRE
DÉCLARÉES EN 2008**

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2008 SELON LES TERRITOIRES DE CSSS ET LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Île-de-la-Méduse	CLSC Naskapi	Territoire inconnu	TOTAL CÔTE-NORD 2008 (incluant les communautés autochtones)
---------	-------------------------------	------------------------	-------------------------	----------------------	------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------

Maladies entériques

Amibiase							1			1
Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine		4								4
Gastroentérite à <i>Yersinia entérocolitica</i>		2								2
Giardiase	1	3	2	2	1	1				10
Hépatite A	1	1	1							3
Infection à campylobacter	1	12		3						16
Salmonellose	2	8		1		2	1			14

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Hépatite B (porteur chronique)				1	2					3
Hépatite C		2	1	6	1		1			11
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	9	63	13	95	22	29	16	18	4	269
Infection gonococcique		4		1			1	1		7

Maladies évitables par l'immunisation

Coqueluche				1	3					4
Infection invasive à méningocoque		1								1
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>		1		1	1	1				4*
Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	8		4						13

Autres

Infection invasive à streptocoque du groupe A		3			1	1				5
Tuberculose				3						3

TOTAL	15	112	17	118	31	34	20	19	4	370
--------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------	------------

* Dont trois de type B.

Source : Registre provincial des MADO, laboratoire de santé publique du Québec, région Côte-Nord, 1^{er} janvier au 31 décembre 2008.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord**

Québec



691, rue Jalbert

Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1

Téléphone: (418) 589-9845

Télécopieur: (418) 589-8574

